Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC
ET LA SANTÉ,
ÇA VA ?
TOME 1
Rapport de l'enquête
SANTÉ QUÉBEC 1987
Québec

ET LA SANTÉ, ÇA VA ?

TOME 1

BIBLIOTHÈQUE ADMINISTRATIVE
Ministère des communications du Québec
Éléments de catalogage avant publication

Et la santé, ça va?: rapport de l'enquête Santé Québec 1987/[...réalisée par le Ministère de la santé et des services sociaux conjointement avec les départements de santé communautaire; comité de rédaction: Aline Emond...et al.]. —— [Québec]: Ministère de la santé et des services sociaux, 1988.
2 t.: ill., graph.
Réalisation des entrevues: Sorecom.
Bibliogr.
ISBN: 2-551-08293-5 (t.1)
ISBN: 2-551-08294-3 (t.2)

1. Santé — Enquêtes 2. Santé publique — Québec (Province) — Enquêtes 3. Indicateurs de santé — Québec (Province) — Enquêtes I. Emond, Aline II. Québec (Province). Ministère de la santé et des services sociaux.
S2 A1 S25

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

ET LA SANTÉ, ÇA VA ?

TOME 1

Rapport de l'enquête
SANTÉ QUÉBEC 1987

Québec

Cette enquête a été réalisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux conjointement avec les départements de santé communautaire.

Cette édition a été produite par
Les Publications du Québec
1279, boul. Charest Ouest
Québec (Québec)
G1N 4K7

Direction de l'enquête: Aline Emond, Santé Québec
Réalisation des entrevues: SORECOM

Les commentaires et les demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressées à:

Santé Québec
505, boul. de Maisonneuve ouest, bureau 400
Montréal (Québec)
H3A 3C2
(514) 842-5320

ou aux auteurs des sections dont les noms apparaissent dans le volume.

Dépôt légal — 4e trimestre 1988
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-551-08293-5
© Gouvernement du Québec

Préface

Ce rapport sur la santé des Québécois et des Québécoises présente quelques résultats d'une première enquête générale de santé réalisée tout au long de l'année 1987. Cette enquête est née d'un besoin d'information sur la santé globale des individus plutôt que sur les services qu'ils reçoivent. Le ministère de la Santé et des Services sociaux conjointement avec les Départements de santé communautaire, décida de se doter d'une enquête de santé dont l'échantillon serait représentatif de chacune des régions socio-sanitaires et des territoires de DSC.

Les résultats de l'enquête sont analysés dans ce rapport d'une façon succincte et presqu'exclusivement descriptive. L'objectif premier de ce rapport est de faire connaître, à tous les utilisateurs potentiels, la masse de données disponibles et certaines de leurs caractéristiques.

Plus d'une soixantaine de chercheurs provenant des universités, du ministère de la Santé et des Services sociaux et des DSC ont rédigé les différents chapitres de ce volume. Le lecteur notera au début de chaque chapitre les noms et organismes d'appartenance de chacun des auteurs ainsi que leur participation spécifique. Il s'agit donc d'une collection d'auteurs ainsi qu'en témoignent les différences de style et d'analyse.

Afin de donner un caractère d'homogénéité à ces textes, un comité de rédaction a conçu le plan du rapport, revu les propositions d'analyse des différentes équipes de travail, relu et révisé les textes produits.

Ce comité n'avait pas pour mandat de réécrire tous les textes mais plutôt de les intégrer dans un ensemble cohérent. Dès le début ce comité a orienté le type d'analyse à réaliser, l'axant sur le modèle général de l'enquête exposé plus loin. Ces balises permettaient d'éviter les dédoublements et d'arrimer les textes les uns aux autres.Le caractère original des textes a été conservé ainsi que le style particulier à chaque auteur.

Le comité de rédaction était formé de:

Aline Émond, directeure de l'enquête

Louise Guyon, coordonnatrice des équipes de travail

François Camirand, chef de service, recouvrement de la santé, Direction de l'évaluation, MSSS

Lucie Chenard, chercheure, DSC du Centre hospitalier de Rimouski

Raynald Pineault, professeur, Université de Montréal

Yvonne Robitaille, chercheure, DSC de l'Hôpital général de Montréal.

Les courts délais de production exigés des auteurs obligeaient à ne faire qu'une analyse provinciale. Les analyses régionales sont laissées aux utilisateurs du Ministère, aux organismes régionaux ainsi qu'aux autres chercheurs.

Le processus de gestion de cette enquête supposait une collaboration unique et essentielle d'un grand nombre d'organismes.

Je tiens à remercier les membres du Comité d'administration pour leurs conseils éclairés et leur support continuel:

Simon Racine, président, chef du DSC de Maisonneuve-Rosemont

Michel Pelletier, vice-président, directeur, prévention et protection de la santé publique, MSSS

Simon Caron, directeur, coopération et planification stratégique, MSSS

Robert Maguire, chef du DSC de Rimouski

Michel Vézina, chef du DSC du CHUL

Pierre Montambault, chef de service, études socio-sanitaires, MSSS

ainsi que **Pierre Bergeron, Pierre Champoux** et **Marc Dionne,** membres du Comité d'administration à différentes époques.

Les organismes qui ont fourni le soutien administratif:

l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont, fiduciaire

l'Association des Hôpitaux du Québec, le logement et la logistique administrative quotidienne

les **DSC du Centre hospitalier universitaire Laval et de l'Hôpital général de Montréal** pour l'embauche de personnel.

Les organismes et personnes qui ont oeuvré à la logistique informatique:

l'**Université de Montréal,** qui a dégagé **Michel Lambert,**

la **Direction de système informatique du MSSS** qui a accueilli notre personnel, prêté des ressources et fourni les ordinateurs, le temps machine et son expertise,

les techniciens suivants (à différents moments): **Michel Lévesque, Dominic Roy, René Bélisle, Réjean Gauthier, Angèle Gosselin.**

Le **Bureau de la statistique du Québec** a fourni son aide pour le plan de sondage, la méthodologie de cueillette, la pondération:

Camille Courchesne, directeur de la méthodologie et de l'information

Robert Courtemanche, statisticien

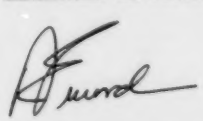
Françoise Tarte, statisticienne

Danielle Bilodeau, statisticienne.

Guy Trudel, qui pour la firme **SORÉCOM,** a assuré la supervision de toute la cueillette, la codification et la validation des données.

Je tiens à remercier tout ceux et celles qui ont accepté des délais déraisonnables pour permettre à cette publication de voir le jour à si court terme: je remercie tout particulièrement les ouvriers de la dernière heure pour les relectures, révisions et corrections. Je suis aussi très reconnaissante envers les organismes qui ont accepté généreusement de prêter leurs ressources à Santé Québec.

Enfin, je dois souligner le travail intelligent et indéfectible de l'attachée d'administration. Nous avons fait équipe tout au long de l'enquête et son sens des responsabilités et sa ténacité ont permis que les échéanciers soient respectés, au coût de plusieurs soirées et fins de semaines. Quand plus personne n'était disponible, **Renée Belzile** était toujours là et ensemble nous avons pu aller jusqu'au bout avec un maximum d'effort et un minimum de ressources. Grand merci.



Aline Émond
Directeure

Table des matières

INTRODUCTION 1

MÉTHODES 6

LEXIQUE 10

PARTIE 1 CERTAINS DÉTERMINANTS 13

Chapitre 1 Habitudes de vie 15

1.1 Consommation d'alcool 16

1.2 Consommation de drogue 21

1.3 Consommation de tabac 24

1.4 Alimentation 27

1.5 Sommeil 30

1.6 Activité physique 32

1.7 Indice pondéral et désir de maigrir 36

1.8 Indice de saines habitudes de vie 39

Conclusion sur les habitudes de vie 43

Possibilités des données 43

Références 47

Chapitre 2 Comportements préventifs 49

2.1 Comportements reliés aux véhicules moteurs 50

2.2 Comportements préventifs spécifiques aux femmes 56

Conclusion sur les comportements préventifs 64
Possibilités des données 65
Références 66

Chapitre 3 Environnement social 67
3.1 Support social 68
3.2 Événements stressants récents 76
3.3 Événements stressants anciens 82
Conclusion sur l'environnement social 83
Possibilités des données 84
Références 85
Bibliographie 86

Les déterminants: implications pour la planification et la prise de décision 87

PARTIE 2 L'ÉTAT DE SANTÉ 91

Chapitre 4 Santé physique 93
4.1 Fréquence et nature des problèmes de santé 94
4.2 Accidents 106
4.3 Indice de santé globale 112
Possibilités des données 120
Références 121

Chapitre 5 Santé mentale 123
5.1 Problèmes psychologiques qualifiés de sévères 124
5.2 Idées suicidaires et tentatives de suicide 129
5.3 Détresse psychologique 134
5.4 Bien-être psychologique 143
Possibilités des données 147

Références 148
Bibliographie 149

Chapitre 6 Perception de l'état de santé des québécois 151
Possibilités des données 158
Références 158

Chapitre 7 Problèmes sociaux 159
7.1 Personnes battues 164
7.2 Personnes qui ont des problèmes de drogues 164
7.3 Personnes qui ont des problèmes avec la boisson 164
7.4 Personnes qui abusent un enfant 165
7.5 Personnes instables et violentes 165
Conclusion sur les problèmes sociaux 165
Possibilités des données 165
Références 166

L'état de santé: implications pour la planification et la prise de décision 167
Références 171

PARTIE 3 LES CONSÉQUENCES 173

Chapitre 8 Incapacité 175
8.1 Incapacités 177
8.2 Espérance de vie en bonne santé 188
Conclusion sur l'incapacité 191
Références 192
Bibliographie 192

Chapitre 9 Impact sur les rôles 193
9.1 Limitations dans les rôles sociaux 194
9.2 Limitations dans les rôles familiaux 197

Conclusion sur l'impact sur les rôles 198
Possibilités des données 199
Bibliographie 199

Chapitre 10 Recours aux services et consommation de médicaments 201
10.1 Recours aux services 202
10.2 Consommation de médicaments 212
Conclusion sur les recours aux services et la consommation de médicaments 216
Possibilités des données 218
Références 219

Les conséquences: implication pour la planification et la prise de décision 221
Références 224

CONCLUSION ET IMPLICATION POUR LA PLANIFICATION ET LA PRISE DE DÉCISION 225
Références 232

LISTE DES GRAPHIQUES 233

LISTE DES TABLEAUX 237

ANNEXES 247

Annexe 1 Liste des cahiers techniques 249

Annexe 2 Fiche d'identification 251

Annexe 3 Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRF) 253

Annexe 4 Questionnaire auto-administré (QAA) 309

Introduction

Financée conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les 32 Départements de santé communautaire du Québec, la réalisation de cette enquête a été une entreprise unique.

Le projet a d'abord fait l'objet d'un premier développement avec l'élaboration d'instruments de santé mentale par l'Hôpital Douglas. Par la suite, une enquête pilote coordonnée par l'Hôpital Douglas, en collaboration avec les DSC de Verdun et de Rimouski, a été menée au cours de 1983. Fort de cette expérience, le Ministère et les DSC se sont unis, et ont sollicité le Bureau de la statistique du Québec pour l'élaboration d'une base de sondage, de la méthodologie et de l'échantillonnage.

Des représentants de différents organismes — les universités, les DSC, le ministère de la Santé et des Services sociaux, Statistique Canada — ont été mis à l'oeuvre pour compléter les instruments de cueillette d'information (Cahier technique 87-03).

L'opération terrain a été confiée à une firme privée, SORÉCOM.

Ce rapport sur la santé des Québécois et Québécoises a été réalisé par de nombreux acteurs des organismes publics et para-publics de santé.

La gestion de toute l'opération, confiée à une directeure, a été décentralisée des organismes subventionaires. La supervision générale du projet était assurée par un comité d'administration bipartite — MSSS et DSC — formé de six membres.

Objectifs de l'enquête

L'enquête Santé Québec, tout comme l'Enquête Santé Canada de 1978-1979, a pour objet de recueillir des informations pertinentes sur la santé de

la population québécoise. Ces données doivent s'inscrire en complémentarité avec les différentes sources de données existantes.

Elles doivent servir à la fois aux planificateurs ministériels, aux politiciens et aux responsables de santé publique régionaux et sous-régionaux.

L'information recherchée vise à:

- identifier des priorités
- monitorer l'état de santé
- élaborer et mettre en application des programmes
- évaluer diverses mesures tant préventives que correctives.

Modèle de santé et contenu de l'enquête

Santé Québec a adopté la définition globale de la santé telle que proposée dans le Rapport Lalonde[1]:

> "... un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération."

Se rattachant directement à l'Enquête Santé Canada, l'enquête Santé Québec cherche à décrire les déterminants de la santé, l'état de santé tant physique que psychologique ainsi que ses conséquences sur la consommation de services et sur la fonctionnalité.

La comparaison avec les questionnaires de Santé Canada montre bien que Santé Québec s'est largement inspiré de l'enquête canadienne. Toutefois, par rapport à l'Enquête Santé Canada (et à plusieurs autres grandes enquêtes nationales), Santé Québec se distingue par l'accent mis sur les indicateurs de santé psychologique, sur la place du soutien social de même que des problèmes sociaux.

Contrairement à Santé Canada, l'enquête québécoise de 1987 n'a pris aucune mesure physique telle que la tension artérielle et la prise de sang, ni réalisé de physi-test. L'information recueillie provient essentiellement de la déclaration des individus ou d'un répondant pour le ménage.

---

1. Marc Lalonde, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, avril 1974, 82 p.

Schéma
Thèmes retenus pour l'enquête Santé Québec (1987) (*)

Déterminants	**État de santé**		**Conséquences**
habitudes de vie	physique	perçu/observé	consommation
antécédents	psychologique	positif/négatif	conséquences sur la fonctionnalité
environnement	social		
	Sujets spécifiques		
Habitudes de vie	**Santé physique**		**Consommation**
• consommation d'alcool	• limitation d'activité		• professionnels rencontrés
• usage du tabac	• problèmes de courte durée		• lieu de consultation
• activités physiques	• problèmes chroniques		
• usage de véhicules-moteurs	• audition/vision		
• sommeil	• accidents/blessures		• usage de médicaments
• prévention féminine	• incapacités		
• usage des drogues	• perception générale		
Antécédents	**Santé psychologique**		**Conséquences sur la fonctionnalité**
• antécédents personnels	• suicide		• journée d'incapacité
• antécédents familiaux	• troubles psychologiques		• mobilité
	• santé mentale positive		• besoin d'aide
			• impact sur les rôles
Environnement	**Santé sociale**		
• travail	• problèmes sociaux		
• revenu			
• âge			
• sexe			
• scolarité			
• soutien social			
• événements stressants			

* Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada

Présentation du rapport

Cette première publication sur les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 se veut essentiellement descriptive. Il a semblé préférable de faire paraître rapidement le contenu de l'enquête et d'en faire ressortir les points saillants plutôt que de prendre plus de temps et de diffuser un produit plus approfondi.

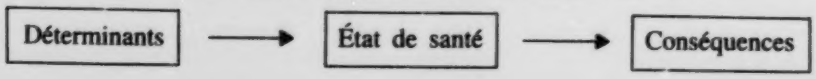
L'objectif de cette diffusion rapide est de faire connaître l'existence de l'enquête et la masse d'informations de qualité qu'elle recèle. Il incombera par la suite aux planificateurs, aux chercheurs et aux administrateurs de mener des analyses plus à la mesure de leurs besoins. À cette fin, la banque de données sur support informatique est disponible et largement diffusée. Les analyses effectuées dans le cadre de ce rapport reflètent donc cette préoccupation; elles viennent débroussailler la masse d'informations afin de susciter l'intérêt des utilisateurs, en soulignant au passage des possibilités d'approfondissement ainsi que les implications pour la planification des services et des programmes. Dans l'ensemble, le rapport est conçu comme une rampe de lancement qui permettra aux différentes catégories d'utilisateurs de démarrer rapidement leurs analyses en fonction de leurs besoins ou de points particuliers qui émergent de ces premières observations.

Le rapport se présente en deux volumes. Le premier fait une analyse descriptive de la plupart des thèmes retenus dans le modèle général de l'enquête (voir tableau page...). Le deuxième volume est un recueil de tableaux plus complets découlant de ceux présentés à l'intérieur du premier volume.

Une prochaine publication rendra compte de certaines observations sur des clientèles-cibles spécifiques: les jeunes adultes, les familles monoparentales, les personnes seules, les personnes âgées, les communautés culturelles et, les personnes défavorisées.

Santé Québec a publié en juillet 1988 les « Faits saillants » de l'enquête. Cette courte brochure présente schématiquement quelques résultats qu'on l'on peut considérer comme un court résumé du présent rapport.

Le présent volume est présenté en trois parties. La première porte sur les déterminants, la seconde sur l'état de santé et la troisième sur les conséquences qu'entraîne un état de santé donné, suivant en cela une vision globale de la santé, représentée par le schéma suivant:



Les auteurs[2] de la première partie examinent quelques habitudes de vie ou comportements, en les présentant surtout selon certains descripteurs socio-démographiques.

Dans la deuxième partie sur les états de santé physique et psychologique et les problèmes sociaux, les auteurs décrivent ces états de santé selon certaines caractéristiques personnelles ou sociales et selon certains facteurs susceptibles d'agir sur l'état de santé.

Le troisième groupe d'auteurs étudie les conséquences des états de santé, soit les incapacités physiques ou psycho-sociales, ainsi que le recours aux services ou à la consommation de médicaments, en rapport avec les différents états de santé sous-jacents.

Les auteurs des chapitres du volume I ont dû suivre des directives précises quant aux possibilités de croisement d'une variable dépendante donnée avec des variables indépendantes ou explicatives. Il faut convenir que cette perspective limitative a soulevé des interrogations chez certains. Toutefois, il faut se rappeler l'objectif poursuivi par le rapport, soit une sensibilisation aux données de l'enquête, et qu'un tel objectif imposait un calendrier serré.

Le court laps de temps entre la production du fichier informatisé en avril 1988 et l'intégration des rapports des multiples auteurs en juin et juillet de la même année n'a permis qu'une analyse succincte et nécessairement orientée pour assurer cette unité.

Le lecteur soucieux d'une action, qu'elle soit de recherche, de programmation, de planification ou de monitoring, trouvera dans ces volumes des éléments de réflexion lui permettant de saisir les possibilités de l'information disponible et d'orienter ses analyses. Enfin, pour compléter la connaissance de l'enquête, les différents Cahiers techniques (liste en annexe 1), la fiche d'identification (annexe 2) et les questionnaires (annexes 3 et 4) apportent les précisions désirées.

2. Afin d'alléger le texte, le masculin a été habituellement utilisé.

Méthodes

La description qui suit ne présente que quelques éléments méthodologiques et techniques sur cette enquête; les Cahiers techniques fournissent des informations plus complètes.

Population visée

La population visée par l'enquête québécoise de 1987 est l'ensemble des ménages privés de toutes les régions socio-sanitaires du Québec, à l'exclusion de la région 10 (Nouveau-Québec) et des réserves indiennes.

L'échantillonnage des ménages s'est fait à partir d'unités primaires d'échantillonnage (UPE). Ces unités ont été établies après un découpage du Québec en 11 régions socio-sanitaires puis en 32 DSC. Pour chacune des régions et chacun des DSC, un quota minimal était fixé, soit 320 ménages pour un DSC, et 960 ménages pour une région. Chacun des 32 DSC a été découpé en aires géographiques (UPE). Ces aires sont formées d'un secteur de dénombrement ou d'un regroupement de secteurs de dénombrement contigus. Dans les DSC urbains, les aires géographiques qui deviennent des UPE sont plutôt formées d'un îlot, d'un côté d'îlot ou d'un regroupement de ceux-ci. Pour chaque DSC un échantillon à deux degrés est tiré. Le premier degré consiste à tirer aléatoirement un échantillon d'UPE dont la probabilité d'être choisie est proportionnelle au nombre de logements privés de l'UPE (selon le recensement de 1981) à partir des aires géographiques définies. Le deuxième degré consiste à tirer aléatoirement des logements privés dans chacune des UPE choisies au hasard; 13 760 logements ont ainsi été sélectionnés.

La liste des logements privés de chacune des UPE choisies a été complétée par énumération sur le terrain. Les énumérations précèdent les vagues de collecte de données.

La cueillette

La cueillette d'information s'est faite par entrevue directe auprès des ménages dont le logement a été choisi et par questionnaire auto-administré.

La collecte s'est déroulée sur 8 vagues tout au cours de l'année 1987 pour tenir compte de la saisonnalité de certains problèmes de santé. Les 13 760 logements choisis sont répartis également entre chacune des 8 vagues. Par cette procédure, chacune des régions socio-sanitaires, chacun des DSC et un huitième des UPE choisies ont été visitées à chacune des vagues; 10 logements sont tirés par UPE et par vague.

Taux de réponses

Selon le plan de sondage, **13 760 ménages** devaient faire partie de l'échantillon. Dû à une certaine sous-énumération, **13 885 ménages** ont été visités par un intervieweur et **11 323 QRI** ont ainsi été complétés, ce qui a donné un taux de réponse de **87,3 %**.

Dans les ménages qui ont accepté de collaborer, on a recensé **24 690 personnes de 15 ans et plus** dont **24 370 personnes** étaient éligibles pour répondre au QAA. Parmi ces dernières, **19 724 personnes** ont retourné un questionnaire individuel contenant une information suffisante. Le taux de réponse au QAA se situe à **81 %**.

Représentativité de la population du Québec

À la parution de ce rapport, aucune analyse systématique n'a été faite des non-répondants. Pour les répondants, la structure d'âge et de sexe a été comparée à l'ensemble du Québec[1]. Après pondération sommaire par âge et sexe sur la base de découpage de DSC, les taux ont été calculés:

1. Trudel, Guy, Enquête Santé Québec: sommaire des opérations et résultats obtenus, Volume 1, rapport, avril 1988.

1. Répartition par sexe

Sexe	Santé Québec 1987	Recensement 1986
	%	%
Hommes	48,9	49,0
Femmes	51,1	51,0

2. Répartition par âge

Groupe d'âge	Santé Québec 1987	Recensement 1986
	%	%
0-4	6,6	6,6
5-9	7,6	7,2
10-14	7,6	6,7
15-19	7,5	7,3
20-24	8,4	9,0
25-34	17,9	18,3
35-44	15,7	15,0
45-54	10,8	10,5
55-64	9,2	9,4
65-74	5,9	6,2
75-84	2,5	3,0
85 et +	0,4	0,7

Traitement de l'information recueillie

L'ensemble des réponses aux deux questionnaires et à la fiche d'identification a été transposé sur un fichier informatique. Le fichier a été organisé sur une base d'individus de façon à ce que toutes les données relatives à une personne, qu'elles proviennent de n'importe lequel des trois instruments de collecte, soient enregistrées les unes à la suite des autres.

32 003 sujets sont ainsi répertoriés; pour 31 995 sujets une partie substantielle des réponses au QRI sont présentes et pour 19 724 personnes les données du QAA sont aussi disponibles.

Pour les fins de ce rapport, les données ont été produites à partir d'un logiciel SAS[2].

Les informations présentes aux questionnaires ont presque toujours été utilisées telles quelles après les validations, les vérifications et les rappels d'usage. Pour chacun des individus, les données sur le sexe et l'âge ont été validés en croisant les trois sources d'information et en accordant préséance au questionnaire auto-administré. Pour la trentaine de cas où les données sur l'âge ou le sexe étaient totalement absentes, ces variables ont été créées en passant en revue les réponses sur les liens parentaux, le cycle de vie, le type de travail, l'activité principale, etc. Cette opération était nécessaire puisque ces données étaient essentielles pour la création des facteurs de pondération. En règle générale, aucune autre attribution n'a été faite.

Chacun des tableaux a été produit selon les données pondérées (c'est-à-dire inférées à la taille de la population du Québec) et sur la base de l'échantillon « ajusté », c'est-à-dire un échantillon où chaque sujet était ramené à son poids proportionnel dans l'échantillon. Il faut noter que l'échantillon était stratifié et non proportionnel (Cahier technique no 87-02).

Pour chacune des distributions d'une variable dépendante par catégorie de variables indépendantes, l'erreur type et le coefficient de variation étaient calculés au moyen du logiciel SESUDAAN qui a l'avantage de prendre en compte l'effet de plan d'un échantillon stratifié avec tirage aléatoire de grappe (ménage). Enfin pour les croisements deux à deux, l'ensemble des statistiques habituelles ont été produites; il était recommandé aux auteurs d'utiliser avec prudence les Chi² établis.

2. SAS: *Statistical Analysis System*, version 5, SAS Institute Inc., Cary, North Carolina, U.S.A., 1985, 1290 p.

Lexique

Buveurs habituels.....personnes qui consomment régulièrement de l'alcool, au moins une fois par mois, indépendamment de la quantité consommée.

CAGE.....Indice composé de 4 questions retenues pour définir les buveurs à risque (Cahier technique 87-03).

Dépendance à l'alcool.....score obtenu à partir d'une série de questions sur la consommation excessive d'alcool et sur les problèmes reliés à l'alcool. Les questions retenues proviennent de la grille du DSM III (voir cahier technique 87-03).

DSM III.....Diagnostic and Statistic Manual of Psychiatric Disorders, 3ème édition.

Échelle de stress.....voir « indice d'événements stressants ».

État de santé global.....voir « indice de santé globale ».

État de santé minimum.....score le plus bas de l'indice de santé globale, caractérisé par la présence de problèmes de santé physique ou psychologique avec des difficultés fonctionnelles.

État de santé optimal.....score le plus élevé de l'indice de santé globale, caractérisé par l'absence de problèmes physiques ou psychologiques.

FI.....Fiche d'identification des membres du ménage; comprend autre autres les liens de parenté.

Indice de saines habitudes de vie.....score obtenu à partir de cinq habitudes de vie: consommation de cigarettes, d'alcool, exercice physique, habitudes de sommeil et poids corporel.

Indice d'événements stressants.....score obtenu à partir du nombre d'événements stressants survenus au cours des 12 derniers mois et de leur impact.

Indice de santé globale.....niveau de santé obtenu à partir de réponses à différentes questions selon une méthode dite des « ridits » ajustée aux données québécoises.

METS.....unité de dépense énergétique du métabolisme de base: homme au repos durant une heure = 1 met.

Niveau élevé de détresse psychologique.....niveau le plus élevé du « score de détresse psychologique » caractérisé par un plus grand nombre de symptômes psychologiques ou physiques que l'on pense être reliés à des désordres psychiatriques.

Problèmes de santé de longue durée.....problèmes présents depuis plus d'un an.

Problèmes psychologiques sévères.....affections mentales chroniques qui génèrent des coûts sociaux importants.

Problèmes reliés à l'alcool.....score obtenu à partir d'une série de questions indicatrices. Cet indice est aussi appelé indice CAGE.

QAA.....Appellation courante du « Questionnaire auto-administré ». Ce questionnaire couvre surtout les habitudes de vie et les comportements préventifs ainsi que les échelles de santé mentale.

QRI.....Appellation courante du « questionnaire rempli par l'intervieweur ». Ce questionnaire couvre l'ensemble des problèmes de santé et le recours aux services et à la prise de médicaments.

Santé Québec.....Entité responsable de l'enquête sur la santé des Québécois et des Québécoises en 1987.

Scolarité relative.....niveau de scolarité atteint par un individu relativement à la scolarité des personnes du même groupe d'âge et de sexe; le quintile 1 correspond à la plus faible scolarité.

Score de détresse psychologique.....score obtenu à partir de réponses à une grille de questions développée par F. W. Ilfeld. (Cahier technique no 87-06).

Suffisance du revenu (niveau de revenu).....indice socio-économique obtenu à partir du revenu familial et du nombre de personnes par ménage.

UPE.....unité primaire d'échantillonnage.

PARTIE 1

Certains déterminants

Des éléments qui affectent la santé des Québécois et des Québécoises

Déterminants de la santé

Sur la base des connaissances actuelles associant l'incidence de problèmes de santé à certains déterminants, l'enquête Santé Québec a retenu un certain nombre d'indicateurs permettant de décrire les habitudes de vie, les comportements préventifs et l'environnement social. Outre l'indice pondéral, on a retenu les habitudes de vie suivantes: la consommation d'alcool, de drogue et de tabac, certaines habitudes alimentaires ainsi que le sommeil et l'activité physique. Même s'il ne s'agit pas d'une habitude de vie en soi mais bien d'une condition physique, l'indice pondéral a été intégré dans cette section à titre de composante de l'indice synthétique de saines habitudes de vie. Les comportements préventifs retenus sont le port de la ceinture de sécurité, le port du casque de sécurité pour les usagers de la moto et des véhicules tout terrain, la pratique du test de Pap et de l'examen des seins ainsi que l'usage de contraceptifs oraux. Le chapitre sur l'environnement social s'intéresse au support social, à l'intégration sociale ainsi qu'à l'expérience d'événements stressants.

Les données relatives aux déterminants de la santé ont été recueillies auprès des personnes âgées de 15 ans et plus. La presque totalité des questions ayant servi à décrire les déterminants de la santé proviennent du questionnaire auto-administré, à l'exception des questions portant sur les suppléments alimentaires.

Chapitre 1

Habitudes de vie

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Laurent Roy, MSSS, Direction de la planification
— alcool, tabac.

Jean Gratton, DSC de l'Hôpital St-Luc
— drogue

Sylvie Bernier, DSC du Centre hospitalier de la Mauricie
— tabac

Régis Couture, DSC du Centre hospitalier Hôtel-Dieu de Roberval
— indice de saines habitudes de vie

Gilbert Gagnon, DSC de l'Hôpital général de Montréal
— indice pondéral

Jacques Locas, MSSS, Direction des services communautaires
— sommeil

Gaston Godin, Université Laval
Louise Therrien, DSC de l'Hôpital de l'Enfant-Jésus
— activité physique

Consultante

Louise Nadeau, Université de Montréal

Au milieu des années 1970, le Rapport sur la santé des Canadiens (Rapport Lalonde) (1) mettait en évidence l'impact des habitudes de vie sur l'état de santé d'une population. Après une époque durant laquelle l'accessibilité aux soins avait été idéalisée comme la clef d'une bonne santé, les habitudes de vie se révélaient les grandes responsables de l'état de santé. A partir de l'Enquête Santé Canada, les habitudes de vie ont donc commencé à être étudiées, à la fois comme prédicteurs de maladies au sein des populations, et comme comportements cibles visés par les programmes de santé publique. L'amélioration des habitudes de vie devenait un objectif intermédiaire (relativement facile à surveiller) dans les efforts pour améliorer l'état de santé de la population.

1.1 Consommation d'alcool

Santé Québec a retenu les mêmes critères que ceux utilisés lors de l'Enquête Santé Canada pour décrire les habitudes de consommation d'alcool de la population québécoise adulte, soient les types de buveurs, la fréquence de consommation et la quantité d'alcool consommé. La consommation d'alcool porte à la fois sur les 12 derniers mois et les sept derniers jours. Santé Québec s'est aussi intéressée à l'identification des buveurs à risque et aux changements dans les habitudes de boire.

Les questions sur la consommation ont permis de classer la population de 15 ans et plus selon **quatre types de buveurs**: les abstinents qui n'ont jamais consommé d'alcool; les anciens buveurs qui avaient l'habitude de prendre des boissons alcoolisées, mais n'en avaient consommé aucune au cours des 12 derniers mois; les buveurs occasionnels qui avaient consommé de l'alcool au cours de la dernière année, mais moins d'une fois par mois; enfin, les buveurs habituels qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois.

Tableau 1
Type de buveurs selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Type de buveurs	Hommes	Femmes	Total	Population estimée
Abstinents	8,9	20,3	14,8	740 815
Anciens buveurs	6,2	4,9	5,5	277 893
Buveurs occasionnels	13,8	25,1	19,6	983 946
Buveurs habituels	71,1	49,7	60,1	3 019 675
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**5 021 958**

(1) Les références apparaissent à la fin de chaque chapitre.

La répartition des types de buveurs en fonction du sexe révèle des différences marquées de comportement. Moins de 50 % des femmes sont des buveuses *habituelles* contre plus de 70 % pour les hommes. La proportion de femmes qui disent consommer *occasionnellement* de l'alcool (25 %) est beaucoup plus élevée que celle des hommes (14 %). Dans l'ensemble, les femmes sont moins portées à boire que les hommes: une femme sur cinq déclare n'avoir jamais bu d'alcool, ce qui est le cas d'un homme sur 10.

En fonction de l'âge, c'est dans le groupe des 25-44 ans que se concentre, chez les hommes, la plus forte proportion de buveurs habituels, soit 78 %. Chez les femmes, les buveuses habituelles sont proportionnellement plus nombreuses dans les groupes des 15-24 ans et des 25-44 ans, avec environ 57 %. Cette enquête a plus particulièrement révélé que les jeunes (filles et garçons âgés de 15 à 17 ans) ont des habitudes de consommation d'alcool tout à fait semblables. On observe aussi que les personnes âgées de 55 ans et plus (surtout les femmes) consomment moins que les individus des groupes d'âge plus jeunes.

La **fréquence** constitue une donnée importante permettant d'évaluer les habitudes de consommation. Or, près de 2 % de la population adulte féminine et 7 % de la population adulte masculine consomment de l'alcool tous les jours. Remarquons que c'est la population âgée de plus de 45 ans qui déclare en plus forte proportion consommer de l'alcool tous les jours. Plus de la moitié de la population masculine et 30 % de la population féminine affirment boire de l'alcool au moins une fois par semaine. Près de 48 % des hommes et 70 % des femmes déclarent, soit ne pas consommer du tout d'alcool, soit en consommer moins d'une fois par semaine.

Dans une perspective de santé, c'est la **quantité** d'alcool consommé qui s'avère la donnée la plus déterminante. Plus de 82 % de la population

Tableau 2
Nombre de consommations hebdomadaires selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Nombre de consommations hebdomadaires	Hommes	Femmes	Total
Aucune	32,3	49,7	41,3
1-6	40,1	41,5	40,8
7-13	14,7	6,3	10,4
14-28	9,6	2,2	5,8
29 et +	3,3	0,3	1,7
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

adulte totale déclare boire moins de sept consommations par semaine, environ 10 % de 7 à 13 consommations, 5,8 % de 14 à 28 consommations et, finalement, 1,7 % plus de 28 consommations par semaine.

Les quantités d'alcool consommées par les femmes sont de beaucoup inférieures à celles consommées par les hommes. Alors que 27,6 % des hommes prennent au moins sept consommations par semaine, seulement 8,8 % des femmes en font autant, soit trois fois moins. Les écarts sont encore plus considérables lorsqu'on considère une quantité de 14 consommations et plus par semaine.

La distribution par âge montre que c'est le groupe des 25-44 ans qui, chez les hommes, concentre à la fois le plus grand nombre de buveurs habituels et le plus grand nombre de ceux qui prennent 14 consommations et plus par semaine. Chez les femmes, il est impossible d'apporter une telle précision à cause des petits nombres.

La consommation d'alcool présente également des différences selon le revenu* et selon l'activité. Pour l'ensemble de la population, les personnes ayant un revenu supérieur à la moyenne consomment plus d'alcool.

Tableau 3
Nombre de consommations hebdomadaires selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Nombre de consommations hebdomadaires			
Niveau de revenu	**0-6**	**7-13**	**14 et +**	**Total**
Très pauvres	88,2	6,7	5,1	100,0
Pauvres	88,1	6,7	5,2	100,0
À revenus moyens	82,5	10,5	7,0	100,0
Riches	74,1	14,6	11,3	100,0
Total	**81,8**	**10,6**	**7,6**	**100,0**

Les **buveurs à risque** sont identifiés grâce à deux indices: le CAGE* et l'indice de dépendance alcoolique*.

C'est à partir de quatre questions du Questionnaire auto-administré (questions 19, 20, 21 et 23) qu'est construit le CAGE (2,3). Ces questions se rapportent aux comportements, aux sentiments et aux problèmes causés par l'alcool. Selon le nombre de réponses affirmatives, les répondants sont classés à risque nul (aucune réponse affirmative), faible (une réponse) ou

* Le terme suivi d'un astérisque réfère au lexique page 10.

Tableau 4
Proportion de buveurs à risque selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Buveurs à risque	Hommes	Femmes	Total
Buveurs à risque élevé (CAGE)*	14,8	5,2	10,4
Dépendance à l'alcool (DSM III)*	10,0	2,8	6,3

élevé (2 à 4 réponses). Ainsi, 10 % des individus ont répondu par l'affirmative à au moins deux questions, ce qui les identifie à risque élevé de problèmes de santé liés à la consommation d'alcool.

L'indice de dépendance alcoolique s'inspire du DSM-III*, le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qui définit la dépendance alcoolique par un mode de consommation pathologique et par un handicap de fonctionnement professionnel ou social (4). Les individus qui ont répondu affirmativement à au moins une des questions du CAGE* et qui ont admis avoir été confrontés à au moins un problème associé à la consommation d'alcool (question 24) ont été considérés comme ayant un problème de dépendance alcoolique. Selon cet indice, 6,3 % de la population adulte aurait développé une dépendance à l'alcool.

Ces deux indices ont été peu utilisés jusqu'à maintenant. Leur interprétation demeure délicate. Comme l'ont démontré quelques recherches cliniques (5, 3), l'indice CAGE* est susceptible de surestimer la proportion de buveurs excessifs. Il permet, semble-t-il, d'identifier la très grande majorité des buveurs à risque élevé parmi les répondants; néanmoins, sa valeur prédictive varierait entre 45 % et 80 %, ce qui aurait pour effet de ramener la proportion des buveurs excessifs à un ordre de grandeur se situant entre 4,5 % et 8 %. Si tel était le cas, on pourrait affirmer que c'est l'indice de dépendance alcoolique qui reflèterait le mieux ce phénomène.

Le croisement de l'un ou l'autre de ces indices avec diverses variables donne lieu à des constats tout à fait semblables. Ainsi, ches les hommes, c'est le groupe âgé de 25 à 44 ans qui compte le plus de buveurs excessifs ou de dépendants à l'alcool, alors que, chez les femmes, la plus grande concentration se trouve dans le groupe âgé de 15 à 24 ans. Ces résultats concordent avec les données sur la quantité d'alcool consommé selon l'âge.

Près de 17 % de la population adulte déclare boire moins qu'avant et seulement 4,5 % déclare le contraire. Plus d'hommes que de femmes disent avoir **modifié** à la baisse leur **consommation d'alcool**. Ces résultats

concordent avec la baisse observée dans la proportion de buveurs habituels entre les données de l'Enquête Santé Canada (66 %) et l'enquête Santé Québec (60 %).

Résumé

Bien que les femmes aient un mode de vie qui se rapproche de plus en plus de celui des hommes, ces derniers demeurent les grands consommateurs d'alcool. Peu de personnes boivent de l'alcool tous les jours. Tant chez les hommes que chez les femmes, ce sont les moins de 45 ans qui sont les plus grands consommateurs. Selon les indices utilisés pour identifier les buveurs à risque, de 6 % à 10 % des adultes seraient des buveurs excessifs ou des dépendants de l'alcool.

La comparaison des principaux résultats de Santé Canada et Santé Québec sur la consommation d'alcool permet de constater que la répartition des buveurs a changé: on compte davantage de non-buveurs, un nombre équivalent de buveurs modérés, mais moins de buveurs de 14 consommations et plus par semaine. Santé Québec confirme les résultats de l'enquête fédérale sur la Promotion de la santé de 1985: les Québécois auraient bel et bien modifié à la baisse leur consommation d'alcool.

1.2 Consommation de drogue

Santé Québec demandait au répondant s'il avait déjà fait usage d'une ou plusieurs drogues, au moins cinq fois dans sa vie.

Tableau 5
Consommation de drogue au cours de la vie, selon le type de drogues, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Type de drogues	Pourcentage	Population estimée
Marijuana	16,1	824 761
Cocaïne	3,9	196 952
Psychédéliques	3,3	170 350
Tranquillisants	3,3	170 313
Amphétamines	2,8	142 240
Barbituriques	2,6	134 683
Opium	0,7	37 356
Héroïne	0,2	10 855
Autres drogues	0,3	13 780
Aucune drogue	79,5	3 099 631

Note: Le TOTAL peut être supérieur à 100 % parce que les gens ont pu utiliser plus d'un type de drogues.

Près de 80 % de la population du Québec âgée de 15 ans et plus n'a jamais ou presque fait usage de drogue. La proportion de la population adulte ayant fait usage de marijuana au moins 5 fois est de 16 %. Pour les autres drogues telles la cocaïne, l'héroïne, le LSD, etc., les proportions sont toujours inférieures à 4 % et souvent à 1 %. Le taux de non-réponse est d'environ 10 %.

En raison de la faiblesse numérique des répondants à plusieurs des catégories de drogues énumérées, des regroupements ont été effectués. Ces

Tableau 6
Consommation de drogue selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Type de drogues	Hommes	Femmes	Total
Marijuana seulement	12,3	8,6	10,4
Marijuana et autres drogues	11,1	9,1	10,1
Aucune drogue	76,6	82,3	79,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**
Population estimée	**2 364 963**	**2 435 958**	**4 800 921**

nouvelles catégories utilisées pour l'analyse sont: ceux qui ont fait uniquement usage de marijuana, ceux qui ont fait usage de marijuana et d'autres drogues, et enfin ceux qui n'ont pas expérimenté au moins cinq fois au cours de leur vie une des drogues énumérées. Il ressort de cette classification que les utilisateurs de « marijuana et autres drogues » sont aussi nombreux que ceux qui ont fait usage uniquement de marijuana.

Les habitudes de consommation de drogue indiquent que les hommes sont de plus grands consommateurs de drogue que les femmes. Il existe toutefois une très légère différence dans le type de consommation. Alors que les femmes sont à peine plus nombreuses à avoir consommé de la marijuana et autres drogues, les hommes sont un peu plus nombreux à n'avoir consommé que de la marijuana.

Tableau 7
Consommation de drogue selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues	Aucune drogue	Total	Population estimée
15-24	16,9	11,8	71,3	100,0	987 193
25-44	14,9	13,3	71,8	100,0	2 141 133
45-64	1,2	5,1	93,7	100,0	1 176 984
65 et +	0,2	4,6	95,2	100,0	495 611
Total	**10,4**	**10,1**	**79,5**	**100,0**	**4 800 921**

La consommation de drogue est étroitement liée à l'âge. Une importante proportion des adultes de 15 à 44 ans a fait l'expérience de la marijuana. A partir de 45 ans, les pourcentages deviennent négligeables. Dans les deux premiers groupes d'âge, les utilisateurs de marijuana et autres drogues sont moins nombreux que les utilisateurs de marijuana seulement; mais l'inverse se produit à compter de 45 ans. L'expérience d'autres drogues en plus de la marijuana demeure quand même plus fréquente chez les jeunes que chez leurs aînés.

Quoique les différences ne soient pas importantes, il semblerait que les plus scolarisés* aient plus souvent expérimenté la drogue que les moins scolarisés. La proportion de personnes qui ont déjà fait usage de marijuana seulement augmente généralement avec la scolarité. A l'inverse, quoique la tendance soit moins nette, la proportion de personnes ayant expérimenté de la marijuana et autres drogues diminue légèrement lorsque le niveau de scolarité augmente.

Tableau 8
Consommation de drogue selon la scolarité relative, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Scolarité relative	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues	Aucune drogue	Total	Population estimée
Faible scolarité	7,2	11,8	81,0	100,0	809 790
	10,3	10,6	79,1	100,0	870 743
	8,7	8,9	82,4	100,0	899 006
	12,3	10,1	77,6	100,0	1 024 184
Scolarité élevée	13,2	9,7	77,1	100,0	1 115 183
Total	**10,6**	**10,1**	**79,3**	**100,0**	**4 719 535**

Quelques différences sont observables selon le revenu et le type de drogue expérimenté. Proportionnellement, le nombre d'expérimentateurs de marijuana augmente avec le revenu. La tendance est inversée chez ceux qui font ou qui ont déjà fait usage d'autres drogues: la proportion est à son maximum chez les très pauvres et à son minimum chez les riches. Ceux qui n'ont jamais fait usage de drogue n'appartiennent pas à une classe de revenu plutôt qu'à une autre; les proportions variant entre 79 % et 81 %.

Tableau 9
Consommation de drogue selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Marijuana seulement	Marijuana et autres drogues	Aucune drogue	Total	Population estimée
Très pauvres	8,1	12,9	79,0	100,0	343 545
Pauvres	8,6	10,5	80,9	100,0	636 277
À revenus moyens	11,3	10,4	78,3	100,0	2 391 167
Riches	11,7	9,3	79,0	100,0	987 158
Total	**10,7**	**10,3**	**79,0**	**100,0**	**4 358 147**

Résumé

Quoique les écarts ne soient pas énormes, les expérimentateurs de drogue se retrouvent plus chez les hommes que chez les femmes. En fonction de l'âge, ce sont les plus jeunes qui consomment le plus de drogue; 70 % des moins de 45 ans n'ont pris aucune drogue contre près de 95 % chez leurs aînés. Parmi les premiers, on a fait surtout usage de marijuana, alors que, chez les plus âgés, ce sont les autres drogues qui ont été consommées plus souvent.

1.3 Consommation de tabac

Santé Québec a retenu les mêmes critères que Santé Canada pour la consommation de tabac, à savoir le type de fumeurs et la quantité de cigarettes fumées. Les données sur l'usage du tabac ne concernent, dans le présent rapport, que la consommation de cigarettes.

Le **type de fumeurs** est une variable-clé qui permet depuis nombre d'années de suivre la progression ou la diminution de l'habitude tabagique dans la population adulte (6). Le tiers des Québécois déclare fumer la cigarette tous les jours et un autre tiers dit n'avoir jamais fumé. Les non-fumeurs représentent maintenant près du double des fumeurs habituels. Par rapport à l'Enquête Santé Canada, la proportion de fumeurs habituels s'est réduite de façon appréciable, passant de 45 % à 33 %.

Tableau 10
Distribution des fumeurs de cigarettes selon le type de fumeurs, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Type de fumeurs	Pourcentage	Population estimée
N'a jamais fumé	32,8	1 660 063
Anciens fumeurs	28,8	1 457 616
Fumeurs occasionnels	5,0	253 058
Fumeurs réguliers	33,4	1 690 430
Total	**100,0**	**5 061 167**

La différenciation de la population selon le **sexe** montre que les hommes sont encore plus nombreux (35,3 %) à fumer régulièrement la cigarette que les femmes (31,6 %). Les écarts se sont cependant amenuisés depuis l'Enquête Santé Canada, alors que les proportions de fumeurs et de fumeuses s'élevaient alors respectivement à 50,4 % et 40,0 %. On peut donc s'attendre à retrouver bientôt dans la population adulte un nombre équivalent de fumeurs et de fumeuses. L'habitude du tabac est, par ailleurs, inégalement répandue dans les groupes d'âge; tant chez les

Tableau 11
Proportion de fumeurs réguliers de cigarettes selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Groupe d'âge				
Sexe	15-24	25-44	45-64	65 et +	Total
Hommes	28,3	40,4	36,2	25,3	35,3
Femmes	34,3	37,4	28,3	15,6	31,6

hommes que chez les femmes, c'est dans le groupe des 25-44 ans qu'on retrouve le plus de personnes qui fument la cigarette tous les jours.

Une analyse des données par groupe **d'âge** quinquennaux montre que l'usage de la cigarette croît régulièrement avec l'âge, pour atteindre un sommet à 35-39 ans (42,5 %) chez les hommes et à 25-29 ans (41,9 %) chez les femmes.

Entre 15 et 17 ans, un garçon sur cinq et une fille sur quatre déclarent fumer régulièrement la cigarette. Les adeptes du tabac augmentent par la suite rapidement. Les jeunes filles sont maintenant plus nombreuses à fumer que les garçons et on note que l'écart s'est accentué depuis l'Enquête Santé Canada.

Tableau 12
Proportion de fumeurs réguliers de cigarettes chez les jeunes de moins de 30 ans, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987

	Groupe d'âge			
Sexe	**15-17**	**18-19**	**20-24**	**25-29**
Hommes	20,4	25,0	33,9	39,9
Femmes	25,9	28,9	40,7	41,9

Depuis 1978-1979, Santé Québec constate tout de même une baisse importante du nombre de fumeurs chez les garçons et chez les filles de 15 à 24 ans. Cette fois, même les jeunes filles ont suivi la tendance générale.

Les différences dans l'usage du tabac ont aussi été examinées en fonction d'autres variables. Ainsi, la présence de fumeurs habituels est plus marquée chez les personnes séparées et divorcées que chez les personnes appartenant à tout autre **état matrimonial**. Santé Québec confirme ce que d'autres enquêtes ont déjà montré, à savoir que l'habitude tabagique régresse à mesure que s'élève la **scolarité***: la proportion de personnes qui ont cessé de fumer (anciens fumeurs) est nettement plus élevée chez les plus scolarisées. On note également que 45 % des personnes très pauvres fument régulièrement alors que la proportion n'atteint que 29 % chez les plus favorisées.

Le tabac étant considéré comme un mécanisme compensatoire, y a-t-il un rapport entre le type de fumeur et l'indice **d'événements stressants*** ? Santé Québec révèle que la proportion de fumeurs réguliers dans la population adulte augmente selon le nombre d'événements stressants vécus; 31 % des personnes n'ayant vécu aucun événement stressant se

déclarent fumeurs habituels alors que la proportion grimpe à 41 % chez celles ayant un indice d'événements stressants élevé.

La majorité des fumeurs habituels consomment de 11 à 25 **cigarettes par jour**. Parmi les grands fumeurs, il y a plus d'hommes que de femmes; en effet, près de 20 % des hommes déclarent fumer plus d'un paquet de cigarettes par jour, contre seulement 13 % des femmes. La proportion des grands fumeurs augmente avec l'âge, du moins jusqu'à 65 ans. Chez les hommes, ce sont les fumeurs âgés de 45 à 64 ans qui déclarent consommer le plus de cigarettes par jour, 27 % d'entre eux fumant plus d'un paquet quotidiennement. Les fumeuses qui consomment le plus sont âgées de 25 à 64 ans, 16 % d'entre elles fumant plus d'un paquet par jour. Les personnes âgées et les jeunes qui fument constituent les deux groupes qui déclarent consommer le moins de cigarettes par jour, soit une quantité de sept ou moins en moyenne.

32 % des hommes et 17 % des femmes déclarent que, avant leur **abandon de l'usage du tabac**, ils fumaient plus d'un paquet par jour, ce qui est nettement supérieur aux quantités déclarées par les fumeurs actuels. Il est possible que les anciens fumeurs soient portés à exagérer leur consommation passée, comme il est probable que, à cause de leur âge au moment de l'abandon, leur consommation moyenne ait été supérieure à la consommation moyenne des fumeurs actuels. Il est également possible que les fumeurs actuels soient portés à sous-déclarer leur consommation effective.

Résumé

Plus d'un adulte sur trois fume la cigarette tous les jours. Les hommes sont encore plus nombreux à fumer que les femmes, mais la différence s'amenuise constamment. D'ailleurs, chez les personnes âgées de moins de 30 ans, ce sont les femmes qui sont les plus grandes consommatrices de cigarettes. C'est dans le groupe des 25-44 que se concentre la plus grande proportion de fumeurs. Depuis l'Enquête Santé Canada, la proportion de personnes qui fument régulièrement a baissé de façon appréciable, et cela davantage chez les hommes que chez les femmes, peu importe l'âge. Cette diminution a même été constatée chez les jeunes filles qui persistent à adopter cette habitude en grand nombre et qui semblent résister jusqu'ici à la dissuasion.

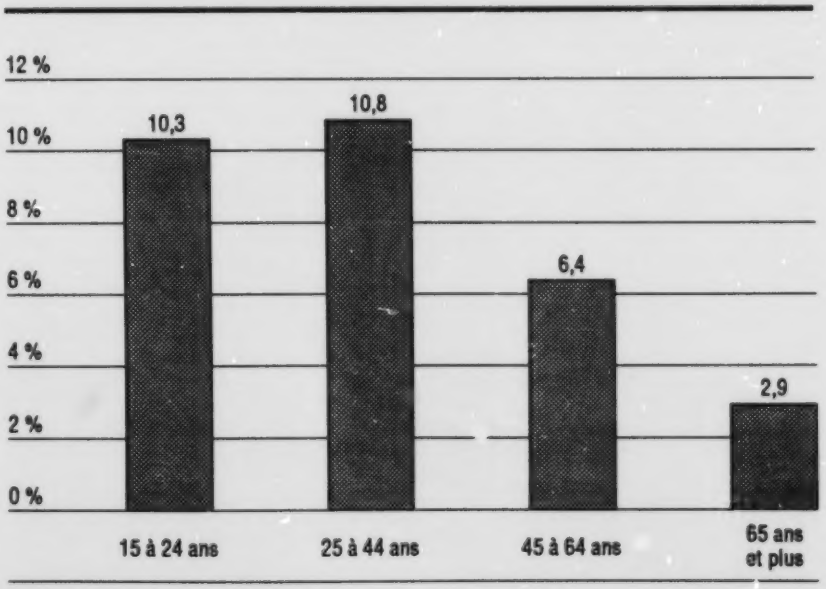
1.4 Alimentation

Les variables utilisées par Santé Québec pour documenter l'alimentation ne concernent qu'une infime partie du profil alimentaire des Québécois. Le problème est le même pour toute enquête de santé : on ne dispose que d'un espace limité pour décrire ce thème. Or, un profil alimentaire complet nécessite une entrevue d'au moins une heure. Santé Québec a donc décidé de s'en tenir aux variables alimentaires retenues lors de l'étude d'Alameda County comme indicateurs des habitudes alimentaires (7).

Ce thème a donc été étudié à travers cinq variables différentes : le petit déjeuner, la consommation de collations, la consommation de thé ou de café, la prise de suppléments alimentaires et le fait de suivre un régime. À l'exception du petit déjeuner, qui est analysé plus en détail, les indicateurs alimentaires retenus sont décrits selon leur fréquence parmi la population.

Graphique 1

Omission du petit déjeûner, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



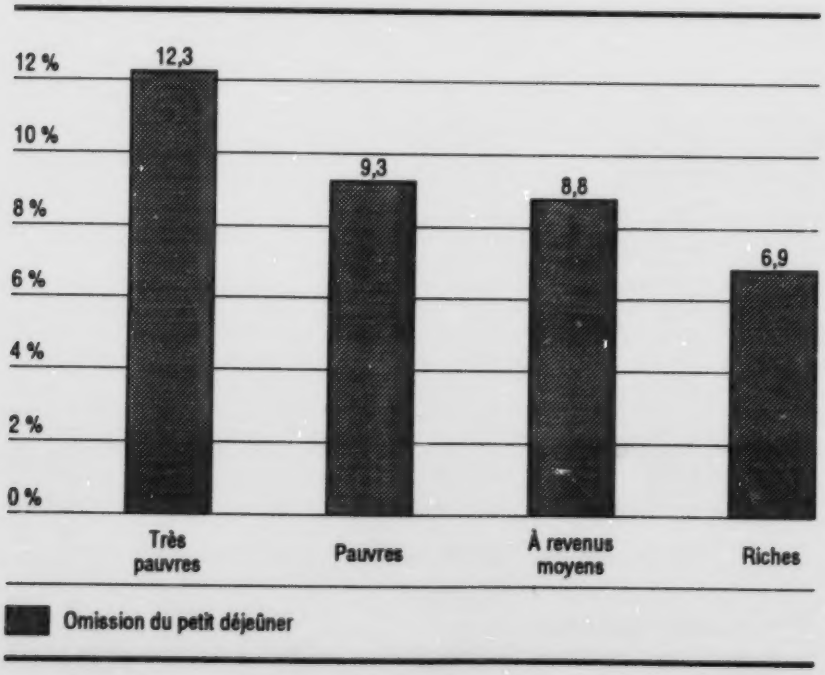
La grande majorité des Québécois (73,6 %) prennent un **petit déjeuner** chaque jour et seulement 8,7 % ne le prennent que rarement ou jamais. La consommation de ce repas apparaît donc largement répandue.

Cette habitude varie toutefois selon certains facteurs. Chez les plus jeunes, hommes ou femmes, on est plus nombreux à omettre le petit déjeuner, les « très pauvres » (12,3 %) se passent souvent du petit déjeuner alors que 6,9 % seulement des « riches » en font autant.

La consommation de collations se présente comme suit: 26 % des Québécois de 15 ans et plus mangent entre les repas tous les jours, la moitié (49,7 %) le fait de temps en temps, alors que 23 % ne mangent entre les repas que rarement ou jamais.

Graphique 2

Omission du petit déjeûner, selon le niveau de revenu *, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



Enfin, la consommation de thé ou de café est une habitude très répandue: 37,6 % des Québécois de 15 ans et plus en consomment deux ou trois tasses par jour. À cela s'ajoutent les 17,1 % qui prennent cinq tasses ou plus par jour. Seulement 17,2 % n'en consomment jamais ou prennent moins d'une tasse par jour.

La consommation de **suppléments vitaminiques ou minéraux** s'avère fréquente dans l'ensemble: 17,5 % de la population en a pris au cours des deux jours précédant l'enquête. Quant aux suppléments alimentaires, tels que la levure de bière, les algues ou la poudre d'os, seulement 3,1 % de la population en a consommé au cours de ces deux jours.

Dans l'ensemble, 23,5 % de ces suppléments sont prescrits. Le taux de consommation de suppléments prescrits est cependant plus élevé chez les enfants, les personnes âgées et les femmes.

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus, 9 % des gens suivent un **régime alimentaire** spécial, régime qui peut avoir été prescrit par un médecin (50 %), une diététiste (13,6 %) ou quelqu'un d'autre (8,5 %). Dans 27,9 % des cas, il n'y a eu aucune prescription.

Résumé

Le peu de questions portant sur l'alimentation ne permet d'en faire qu'un portrait limité. Toutefois, l'enquête révèle que la grande majorité des Québécois ont la bonne habitude de prendre un petit déjeuner chaque jour. Les plus jeunes (15-24 ans) ainsi que les personnes très pauvres omettent plus souvent que les autres ce repas.

Les résultats montrent également que la consommation de thé ou de café est très populaire; en fait 17 % de la population en consomme cinq tasses ou plus par jour.

La prise de suppléments alimentaires apparaît assez répandue. En général, ces suppléments sont rarement prescrits. Enfin, au total, près d'une personne sur 10 suit un régime alimentaire qui la plupart du temps résulte d'une prescription.

1.5 Sommeil

Cette question est étudiée sous l'aspect du nombre d'heures de sommeil, divisé en trois catégories: « manque de sommeil » (moins de 7 heures), « sommeil recommandé » (7 ou 8 heures), et « surplus de sommeil » (9 heures et plus). Le fait d'avoir un niveau de sommeil autre que celui recommandé est associé à un risque accru de mortalité (8).

Au total, 69,7 % de la population adulte fait partie de la catégorie « sommeil recommandé »; 13,2 % est classé dans « manque de sommeil » et 17,2 % dans « surplus de sommeil ».

D'autre part, il appert que 48,8 % de la population de 15 ans et plus ne souffre jamais de difficulté à s'endormir ou à rester endormie, 36,3 % a des difficultés de temps en temps et 12,9 % souvent ou très souvent.

Les données révèlent également que le niveau de sommeil varie considérablement selon l'âge: les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgés (65 ans et plus) se démarquent du portrait global. Les plus jeunes ont une nette tendance à dormir plus de 8 heures par jour (25 %) et seulement 8,4 % dorment moins de 7 heures. Chez les personnes âgées, on note une grande proportion à la fois de « surplus » (25 %) et de « manque » de sommeil (19,5 %). Si l'on observe la catégorie « manque de sommeil », le pourcentage de personnes augmente régulièrement avec l'âge, passant de 8,4 % chez les 18-24 ans à 19,5 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Le nombre d'heures de sommeil varie également selon le sexe. Ainsi, de 18 à 44 ans, une plus forte proportion d'hommes manque de sommeil, par la suite, la situation s'inverse.

En termes de catégories professionnelles, il semble que les cols bleus, surtout des secteurs secondaire et tertiaire, sont plus nombreux à dormir moins de 7 heures par jour, ce qui pourrait s'expliquer par une fréquence plus élevée du travail de nuit dans ces catégories professionnelles. En effet, les données de Santé Québec confirment l'hypothèse voulant que le travail de nuit réduise sensiblement le nombre d'heures de sommeil: 22,9 % des gens qui travaillent de nuit manquent de sommeil alors que seulement 11,7 % des travailleurs de jour sont dans cette situation. En corollaire, 76 % des travailleurs de jour dorment le temps recommandé contre seulement 63 % de ceux de nuit. Et chez les gens travaillant sur appel, 19,8 % dorment plus de 8 heures, ce qui s'éloigne nettement du modèle général.

Tableau 13
Heures de sommeil selon l'horaire de travail, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Heures de sommeil			
Horaire de travail	**Moins de 7 heures**	**7 à 8 heures**	**9 heures et plus**	**Population estimée**
Travail de nuit	22,9	62,7	14,4	647 705
Travail de jour	11,7	76,0	12,3	2 013 664
Sur appels	14,1	66,1	19,8	148 005
Total	**12,7**	**74,2**	**13,1**	**2 905 254**

Résumé

L'enquête Santé Québec montre que le manque de sommeil s'intensifie régulièrement avec l'âge, mais que le quart des plus jeunes (18-24 ans) et des personnes âgées dorment plus de neuf heures par jour. Le fait de travailler de nuit affecte considérablement les habitudes de sommeil: ce type de travailleurs souffre deux fois plus du manque de sommeil.

1.6 Activité physique

La principale mesure utilisée dans ce rapport pour décrire l'activité physique est l'indice de dépense énergétique (9,10,11,12). Il est calculé premièrement pour l'ensemble des activités d'une journée typique de 24 heures, deuxièmement pour les activités physiques de loisirs et finalement pour les activités physiques intenses de loisirs.

L'indice de dépense énergétique quotidienne, exprimé en kilojoules par kilogramme par jour (kj/kg/jr), représente le total de la dépense énergétique estimée pour une journée typique de 24 heures. Quatre composantes sont utilisées pour calculer cet indice: la dépense énergétique reliée au travail, au sommeil, aux tâches domestiques et aux activités physiques de loisirs. En raison de leur composition corporelle, les hommes possèdent un indice sensiblement plus élevé que celui des femmes pour tous les groupes d'âge, à l'exception des 65 ans et plus.

L'indice de dépense énergétique quotidienne totale est légèrement plus élevé chez les personnes de 20 à 54 ans et atteint un certain plateau tant chez les hommes (environ 190 kj/kg/jr) que chez les femmes (165 kj/kg/jr), à cette période de la vie. Les autres groupes ont une dépense énergétique quotidienne totale moindre.

La dépense énergétique quotidienne totale est plus élevée chez les personnes exerçant un travail manuel. C'est en effet chez les cols bleus du secteur primaire que se retrouve la plus forte dépense énergétique quotidienne totale: 218 par rapport à 203 chez les cols bleus du secteur secondaire, 198 chez les cols bleus du secteur tertiaire et 180 chez les cols blancs.

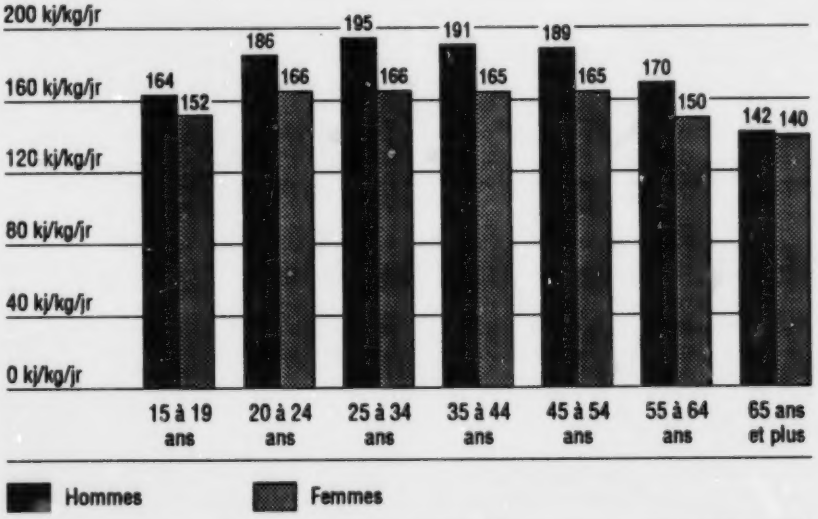
L'indice de dépense énergétique quotidienne pour les activités physiques de loisirs est un sous-ensemble de la dépense énergétique quotidienne totale, également exprimé en kg/kj/jr, il représente la dépense énergétique pour une journée typique de 24 heures et tient compte du type, de la durée et de la fréquence des activités. Pour chaque groupe d'âge et en raison de leur composition corporelle différente, cet indice demeure plus élevé chez les hommes.

L'indice de dépense énergétique quotidienne associée à l'ensemble des activités physiques de loisirs est nettement plus élevé chez les 15-19 ans (8,4) et diminue progressivement avec l'âge pour atteindre 2,6 chez les 65 ans et plus.

L'indice de dépense énergétique pour les activités physiques de loisirs à intensité élevée, un sous-ensemble de la dépense énergétique

Graphique 3

Dépense énergétique quotidienne totale (DEQT) par unité de poids corporel, en kj/kg/jr, selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



associée aux activités physiques de loisirs, et toujours exprimé en kj/kg/jr, mesure la dépense énergétique associée aux activités à intensité élevée (ayant la plus grande valeur en « METS »*) pour une journée typique de 24 heures. Il tient compte de l'intensité, de la durée et de la fréquence de ces activités.

Cet indice diminue progressivement à mesure que l'âge augmente, passant graduellement de 5,1 chez les 15-19 ans à 0,6 chez les personnes de 65 ans et plus.

L'indice s'avère nettement plus élevé chez les cols blancs (2,6); à l'opposé, les cols bleus du secteur primaire (1,3) et dans une moindre mesure les cols bleus du secteur secondaire (1,8) apparaissent comme ceux qui font le moins d'activités sportives intenses. Ces observations valent pour l'indice de dépense énergétique associée aux activités physiques de loisirs en général.

Tableau 14
Indice de dépense énergétique associée aux activités physiques à intensité élevée, en kj/kg/jr, selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total
15-19	5,1	4,1	5,1
20-24	3,8	2,2	3,0
25-34	2,8	1,7	2,2
35-44	2,1	1,7	1,9
45-54	1,9	1,4	1,6
55-64	1,3	1,1	1,2
65 et +	0,8	0,5	0,6

L'indice de dépense énergétique associée aux activités physiques de loisirs à intensité élevée augmente sensiblement avec l'indice de scolarité relative*; il est plus important chez les personnes de scolarité élevée (2,8) que chez les moins scolarisées (1,5). Il faut noter que l'indice de scolarité relative compense pour l'effet de l'âge et du sexe. Ces observations valent pour l'indice de dépense énergétique associée à l'ensemble des activités physiques de loisirs.

Le niveau d'activités physiques intenses de loisirs apparaît également relativement plus élevé chez les mieux nantis, l'indice atteignant chez les plus riches 2,7 alors que chez les autres groupes (très pauvres, pauvres et à revenus moyens) il stagne aux environs de 2. Les indices de dépense énergétique quotidienne totale et de dépense énergétique quotidienne associée à l'ensemble des activités physiques de loisir suivent la même tendance. Cette relation est toutefois difficile à interpréter de façon isolée, compte tenu de l'interrelation entre revenu, scolarité et profession.

La dépense énergétique quotidienne associée aux activités physiques de loisirs à intensité élevée est deux fois plus importante chez les personnes seules ou ayant un statut de célibataire que chez les personnes mariées, séparées ou divorcées. Les veufs(ves) pour leur part s'adonnent beaucoup moins aux activités physiques intenses de loisirs (0,7) ce qui peut sans doute s'expliquer par l'âge. Ces observations valent pour l'indice de dépense énergétique quotidienne associée à l'ensemble des activités physiques de loisirs.

Résumé

Pour tous les indices, les hommes, en raison de leur composition corporelle, ont un indice de dépense énergétique plus élevé que celui des femmes.

Concernant la dépense énergétique quotidienne, ce sont les cols bleus du secteur primaire qui ont l'indice le plus élevé. En contrepartie, les cols blancs démontrent une plus grande dépense énergétique en activités intenses de loisirs.

La dépense énergétique quotidienne associée à l'ensemble des activités physiques de loisirs diminue progressivement avec l'âge. Cette situation est surtout causée par la baisse importante de la dépense énergétique quotidienne associée aux activités physiques intenses de loisirs.

La dépense énergétique moyenne associée aux activités physiques intenses de loisirs est maximale chez les personnes ayant des revenus* élevés, ainsi que chez les plus instruits et les personnes seules (ou célibataires). La différence entre personnes seules et personnes mariées permet des hypothèses intéressantes concernant le temps disponible pour l'activité sportive; des tests complémentaires effectués avec la taille de la famille pourraient fournir davantage d'information.

Enfin, les indices de dépense énergétique adaptés pour l'enquête Santé Québec reproduisent, pour chacune des variables indépendantes considérées, les mêmes tendances que celles présentes dans d'autres données publiées, tant canadiennes (Enquête condition physique Canada, 1983) (13) qu'américaines.

1.7 Indice pondéral et désir de maigrir

L'indice pondéral est ici défini à partir de l'indice de Quételet (« Body Mass Index ») (14), basé sur le rapport entre le poids et le carré de la taille d'une personne, une mesure largement utilisée dans d'autres enquêtes. Cet indice permet de calculer l'excès et le déficit de poids. Même si l'indice pondéral n'est pas en soi une habitude de vie, il a été inclus dans cette section à titre notamment de composante de l'indice de saines habitudes de vie.

Tableau 15
Obésité et excès de poids selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge	Obésité		Excès de poids	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
15-24 ans	4,0	3,3	13,0	12,6
25-34	5,2	6,6	26,9	19,1
35-44	8,4	10,1	34,9	25,5
45-54	10,1	14,5	41,7	36,3
55-64	9,7	22,2	39,1	36,3
65 et +	7,1	13,8	33,8	35,9

Les taux estimés dans cette enquête sont basés sur des mesures de taille et de poids rapportées par les personnes elles-mêmes. Comme les gens ont tendance à sous-estimer leur poids et à surestimer leur taille, l'indice donne probablement une valeur faible par rapport à la réalité. Des études permettent d'estimer que la prévalence de l'obésité serait environ une fois et demie plus élevée si les calculs étaient basés sur des données observées plutôt que rapportées (10, 11).

Selon Santé Québec, le taux d'obésité dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus se situe à 8,7 % et le taux d'excès de poids à 27,5 %. Plus d'une personne sur trois (36,2 %) dépasse donc le poids normal. Quant à l'insuffisance de poids, on la trouve chez 9,2 % de la population. Ce pourcentage varie considérablement selon le sexe et l'âge des individus. Ainsi, l'obésité apparaît plus fréquemment chez la femme (10,5 %) que chez l'homme (7 %). Par contre, la situation est inversée pour ce qui est de l'excès de poids, qui touche 29,8 % des hommes et 25,1 % des femmes. Il en résulte que les taux d'obésité et d'excès de poids sont à peu près équivalents chez les deux sexes.

Cependant, il existe une nette relation entre le poids au-dessus de la normale et l'âge. La courbe de cette relation est ascendante jusque vers

l'âge de la retraite, après quoi la courbe diminue. Le pic d'obésité et d'excès de poids survient une décennie plus tôt chez l'homme (45-54 ans) que chez la femme (55-64 ans). C'est chez les femmes de ce dernier groupe d'âge que la proportion de personnes obèses atteint son maximum de 22,2 % alors que les taux d'obésité et d'excès de poids s'élèvent à 58,5 %.

Le taux d'obésité varie sensiblement selon l'état matrimonial des individus. Il se situe à 9,5 % chez les personnes mariées (ou en union de fait), à 7,3 % chez les séparés-divorcés, à 5 % chez les célibataires et atteint 16,7 % chez les personnes veuves. Cette variation peut s'expliquer en grande partie par la structure d'âge et sexe propre à chaque état matrimonial. Afin de réduire cet effet, les données furent ajustées pour l'âge et le sexe selon la méthode indirecte; les veufs demeurent encore plus à risque (indice d'obésité supérieur de 11 % à la valeur attendue). L'indice ajusté atténue toutefois considérablement leur niveau de risque, de même qu'il fait disparaître complètement la situation avantageuse des célibataires.

Tableau 16
Indice d'obésité selon l'état matrimonial, après ajustement pour l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

État matrimonial	Indice d'obésité ajusté
Célibataires	103
Marié(e)s	101
Séparé(e)s / divorcé(e)s	79
Veuf(ve)s	118

Le taux d'obésité varie également selon la langue d'usage. Alors qu'il s'avère relativement semblable chez les francophones (8,5 %) et les anglophones (8,4 %), il grimpe à 15,9 % chez les allophones.

L'ajustement pour l'âge et le sexe révèle que ces variables n'ont que peu d'influence sur cette relation alors que les allophones conservent un indice d'obésité de 48 % supérieur à celui attendu.

Enfin, le taux d'obésité semble diminuer à mesure que s'élève le revenu: 10,3 % chez les très pauvres à 5,5 % chez ceux qui ont le revenu le plus élevé. Après ajustement pour l'âge et le sexe, la relation reste sensiblement la même. Par contre, dans le cas de l'excès de poids, la relation inverse se produit: le taux passe de 23,2 % chez les gens les plus pauvres à 28,9 % chez les plus riches.

Tableau 17
Indice d'obésité selon le niveau de revenu*, après ajustement pour l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Indice d'obésité ajusté
Très pauvres	126
Pauvres	123
À revenus moyens	107
Riches	64

Le **désir d'être plus maigre** est obtenu en calculant le rapport entre le poids réel d'une personne et le poids qu'elle désire avoir. Si ce rapport dépasse 1, c'est que la personne désire diminuer son poids; s'il atteint 1,10, c'est qu'une forte diminution est nécessaire pour obtenir le poids désiré.

De façon générale, ceux qui possèdent une masse au-dessus de la normale (selon l'indice de Quételet) désirent moins. Ainsi, chez les personnes souffrant d'obésité, 89,6 % souhaitent une forte diminution de poids et 8,0 % une légère diminution. Chez celles qui ont de l'excès de poids tout en n'étant pas obèses, 54,4 % désirent une forte diminution et 37,6 % une légère diminution de leur poids.

Alors que chez l'homme la proportion de ceux qui désirent une diminution de poids se situe autour de 50 % et varie peu selon l'âge, chez la femme la situation diffère totalement. En effet, le désir d'être plus maigre est très élevé chez les femmes de 15 à 24 ans (74,2 %) et se maintient autour de 65,4 % chez les femmes de 65 ans et plus.

Résumé

Les résultats de la mesure de l'indice pondéral révèlent que plus du tiers de la population dépasse le poids normal: 28 % de personnes en excès de poids et 9 % d'obèses. L'obésité s'avère plus fréquente chez la femme, alors que l'excès de poids se retrouve plus souvent chez l'homme. De plus, la proportion des gens ayant un poids supérieur à la normale augmente avec l'âge jusque vers l'âge de la retraite, pour ensuite diminuer graduellement.

L'obésité apparaît plus fréquemment chez les personnes veuves, les allophones et les pauvres.

Finalement, de façon tout à fait logique, les gens qui ont un poids excessif aspirent à le voir diminuer. Ce désir se retrouve beaucoup plus souvent chez les femmes et il se maintient avec l'âge.

1.8 Indice de saines habitudes de vie

Cet indice est une adaptation assez fidèle du « Health Practices Index » développé lors de l'étude d'Alameda County (7). Il décrit de façon globale les habitudes de vie d'une personne à partir de cinq indicateurs dichotomisés. Le répondant reçoit 1 point pour chacun des comportements positifs suivants:

— sommeil suffisant (7 ou 8 heures par jour)

— poids normal selon l'indice de Quételet

— activité sportive minimale (au moins 1 fois par semaine)

— consommation modérée d'alcool (moins de trois consommations/jour, pour chacune des sept dernières journées)

— jamais fumé (ou fumeur occasionnel)

L'indice peut donc varier de 0 à 5 points et se divise en trois catégories: « bonne habitudes » (4-5 points), « habitudes moyennes » (3 points) et « mauvaises habitudes » (0-2 points).

Le taux de réponse apparaît excellent pour un indice composite formé à partir de cinq indicateurs puisque seulement 10 % des gens interviewés n'ont pas répondu à l'ensemble des questions composant cet indice.

Au total, pour l'ensemble du Québec, 52 % des répondants adultes appartiennent à la catégorie « bonnes habitudes de vie », 31,8 % à la catégories « habitudes moyennes » et 16,2 % montrent des habitudes jugées globalement « mauvaises ». Cette distribution suit d'assez près les chiffres de l'enquête californienne d'Alameda County (7): respectivement 49,5 %, 32,0 % et 17,6 %. L'enquête Santé Québec révèle cependant des variations importantes dans la proportion d'adultes ayant de « mauvaises habitudes de vie », selon certaines caractéristiques.

Ainsi, au contraire des données californiennes, la proportion d'adultes ayant de **mauvaises habitudes de vie** varie considérablement selon l'âge et surtout selon le sexe des répondants. Cette proportion augmente régulièrement avec l'âge chez les hommes: elle passe de 12,3 % chez les 18-24 ans à 25,5 % chez les 65 ans et plus. L'augmentation n'est pas aussi marquée chez les femmes. Les données selon le sexe se présentent de la façon suivante: un score élevé de saines habitudes de vie pour 48,6 % des hommes et 55,1 % des femmes, un score moyen pour respectivement 32,2 % et 31,4 %, et un score faible pour 19,1 % des hommes et 13,5 % des femmes.

L'indice de saines habitudes de vie* varie aussi selon le niveau de revenu*, ce qui va dans le sens des résultats de l'enquête californienne: en général, plus ce niveau est bas, plus une personne a de chances d'avoir un score faible. La proportion de personnes avec un indice de saines habitudes de vie classé faible diminue graduellement de 22 % chez les très pauvres à 13,4 % chez les riches.

Graphique 4

Personnes ayant un score faible à l'indice de saines habitudes de vie*, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 18 ans et plus, Québec ,1987

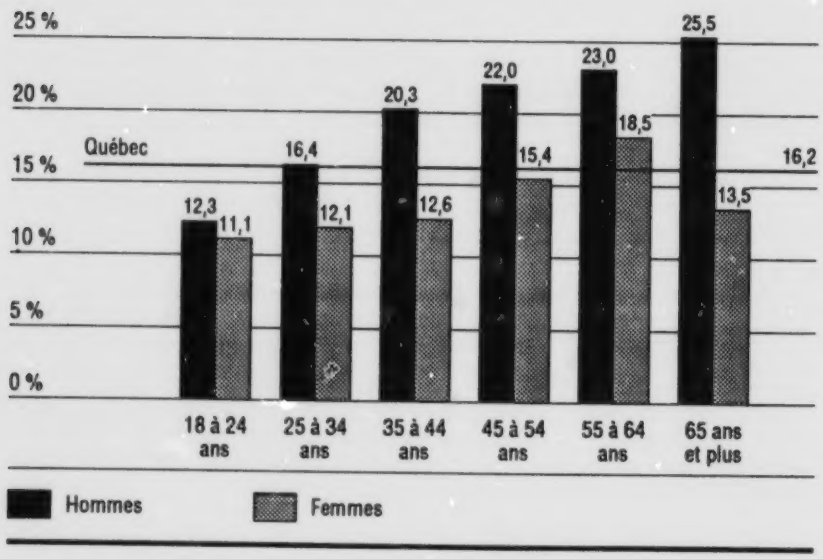


Tableau 18
Indice de saines habitudes de vie* selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Indice de saines habitudes de vie			Population estimée
	Élevé	Moyen	Faible	
Très pauvres	41,7	36,3	22,0	292 867
Pauvres	46,4	34,8	18,8	555 441
À revenus moyens	52,0	32,7	15,3	2 213 406
Riches	59,2	27,4	13,4	903 334
Total	**52,1**	**32,1**	**15,8**	**3 965 047**

Cette observation est corroborée par l'analyse de la distribution de l'indice de saines habitudes de vie* selon le niveau de scolarité relative* (ajusté en fonction de l'âge et du sexe des répondants). La proportion de gens avec de faibles scores diminue sensiblement à mesure qu'augmente le niveau de scolarité: de 23 % pour le niveau de scolarité le plus bas à 11,3 % pour le niveau supérieur. De même, le pourcentage d'adultes ayant un indice de saines habitudes de vie considéré comme bon croît de façon importante et régulière, de 39,5 % chez les moins scolarisés à 63,2 % chez les plus scolarisés.

Tableau 19
Indice de saines habitudes de vie selon la scolarité relative*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Scolarité relative	Indice de saines habitudes de vie			Population estimée
	Élevé	Moyen	Faible	
Faible scolarité	39,5	37,5	23,0	697 524
↓	46,1	35,2	23,0	758 165
↓	50,6	32,5	16,9	811 991
↓	54,4	31,5	14,1	970 489
Scolarité élevé	63,2	25,4	11,4	1 072 341
Total	**52,0**	**31,8**	**16,2**	**4 310 510**

Enfin, les variations de l'indice de saines habitudes de vie selon la catégorie professionnelle du répondant concordent avec les précédentes remarques. La proportion de gens ayant un score élevé passe de 60,4 % chez les cols blancs de direction à 47,3 % chez les cols bleus du secteur tertiaire.

Tableau 20
Indice de saines habitudes de vie* selon la catégorie professionnel, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Catégorie professionnelle	Indice de saines habitudes de vie			Population estimée
	Élevé	Moyen	Faible	
Cols blancs/direction	60,4	28,4	11,2	766 951
Cols blancs/administration	54,9	31,6	13,5	772 237
Cols bleus/primaire	50,1	33,9	16,0	66 670
Cols bleus/secondaire	45,6	34,5	19,9	446 817
Cols bleus/tertiaire	47,3	34,1	18,6	538 702
Total	**53,2**	**31,7**	**15,1**	**2 591 376**

Résumé

Pour ce qui est des saines habitudes de vie, la proportion d'adultes avec un score faible augmente considérablement avec l'âge chez les hommes, et les différences entre les deux sexes sont importantes car, à partir de l'âge de 35 ans, les habitudes de vie des hommes apparaissent bien plus mauvaises. L'analyse dévoile de plus des inégalités sociales: les habitudes de vie sont en général plus mauvaises chez les couches sociales les plus démunies, peu importe l'indicateur utilisé (classe de revenu, scolarité relative ou catégorie professionnelle).

Conclusion sur les habitudes de vie

Les données de Santé Québec sur les habitudes de vie permettent de dresser un bilan et de suivre l'évolution de ces habitudes en comparant les résultats à ceux obtenus lors d'enquêtes précédentes.

Dans l'ensemble, 50 % de la population adulte a de bonnes habitudes de vie. Toutefois, la répartition de ces bonnes habitudes de vie ne se présente pas de manière uniforme au sein de la population et elle diffère sensiblement selon les caractéristiques individuelles (âge et sexe) et les caractéristiques socio-économiques.

Le portrait des habitudes de vie selon l'âge permet de dégager deux tendances: des habitudes différentes d'un groupe à l'autre, ce qui semble davantage le fait de générations, ou bien des comportements qui évoluent avec l'âge.

Si l'on ne tient compte que des caractéristiques individuelles (âge et sexe), on ne peut qualifier globalement les hommes ou les femmes, ou encore les jeunes ou les personnes âgées. Les habitudes de vie, bonnes comme mauvaises, ne semblent pas le fait d'un de ces groupes en particulier.

La répartition des habitudes de vie selon les caractéristiques socio-économiques montre par ailleurs des inégalités entre les classes sociales. Dans l'ensemble, les comportements les plus sains se retrouvent en plus grande proportion parmi les personnes les plus favorisées. Ces tendances s'appliquent et persistent quel que soit l'indicateur retenu: scolarité, revenu et catégorie professionnelle.

La comparaison des résultats de Santé Québec et de Santé Canada sur la consommation d'alcool et de cigarettes montre une évolution positive des habitudes de vie. Ainsi, d'une enquête à l'autre, on observe une diminution significative du nombre de buveurs et de fumeurs réguliers ainsi qu'une diminution globale de la quantité d'alcool consommé.

Possibilités des données

Les données issues de Santé Québec sur les habitudes de vie offrent des pistes intéressantes pour des analyses ultérieures. On songe surtout à des analyses plus fines de certaines habitudes de vie selon les caractéristiques socio-économiques, comme la présence simultanée de plusieurs comportements favorables ou défavorables ainsi que la présence de certaines habitudes de vie associées aux autres catégories de déterminants de la

santé. À ces analyses peuvent s'en ajouter d'autres portant sur certaines habitudes et sur les problèmes de santé et d'incapacités. On peut songer également à une analyse plus systématique et complète de l'évolution des habitudes de vie avec des données comparables obtenues d'autres enquêtes.

Au niveau de l'alcool, il serait pertinent de faire ressortir ce qui différencie les « grands buveurs » des « non-buveurs » et des « buveurs modérés ». De même, le croisement de l'indice CAGE* et de la dépendance alcoolique* avec d'autres indices (conditions de travail, intégration sociale, indice de saines habitudes de vie, etc.) permettra de mieux connaître les caractéristiques des buveurs excessifs. Les données de l'enquête Promotion de la santé (17) qui portent sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les intentions quant à l'usage de l'alcool compléteront avantageusement celles de Santé Québec. Et la comparaison de Santé Québec et de Santé Canada permettra, pour la première fois, d'apporter des réponses sur l'évolution des habitudes de consommation des femmes, des jeunes et des grands buveurs.

L'enquête actuelle a permis de constater que la consommation de drogues fortes telles que l'héroïne ou la cocaïne est peu répandue. Mais comme il n'était pas courant dans les enquêtes de santé, jusqu'à maintenant de questionner sur les habitudes de drogue, il est encore difficile d'évaluer la validité et la fiabilité des données. Il est quand même permis de supposer que, tout comme dans le cas de l'alcool, il y a sous-déclaration de la part des répondants. C'est probablement aussi le cas de la marijuana. Toutefois, les individus qui déclarent en avoir fait usage sont suffisamment nombreux, contrairement aux usagers de drogues fortes, pour permettre des croisements avec d'autres variables et de poursuivre l'analyse. Il serait, par exemple, pertinent d'étudier la santé physique et mentale des usagers de la marijuana.

Toutefois, les individus qui déclarent en avoir fait usage sont suffisamment nombreux contrairement aux usagers de drogues fortes pour permettre des croisements avec d'autres variables et de poursuivre l'analyse. Il serait, par exemple, pertinent d'étudier la santé physique et mentale des usagers de la marijuana.

Dans ce rapport, les drogues ont été regroupées en deux catégories: marijuana seulement et marijuana avec d'autres drogues. Si l'on divise les autres drogues que la marijuana en deux sous-groupes au lieu d'un seul — drogues illicites et drogues médicamenteuses — cela devrait permettre une meilleure description de la consommation de drogue selon les groupes d'âge. Il pourrait s'avérer intéressant de vérifier, entre autres, si les autres

drogues expérimentées par les personnes de plus de 44 ans ne sont pas principalement des drogues médicamenteuses telles que les amphétamines, barbituriques et tranquillisants.

Les données de ce rapport présentent l'expérience des drogues à n'importe quel moment au cours de la vie. L'analyse des données sur la consommation récente de drogue permettra d'identifier les consommateurs actuels. Il serait intéressant de classer les consommateurs actuels en fonction des groupes d'âge et des sous-groupes de drogues pour vérifier l'hypothèse voulant que les plus jeunes consomment surtout de la marijuana, que les personnes de 25 à 44 ans s'adonnent aux autres drogues illicites alors que les personnes plus âgées consomment davantage des drogues médicamenteuses.

D'autres éléments concernant l'usage du tabac peuvent être joints à ceux du présent rapport: l'âge au début de la consommation de tabac, la durée de consommation, le type de tabac et de cigarettes, le lien entre la consommation de tabac et quelques indicateurs sociaux tels que la scolarité relative*, la suffisance de revenu* et l'indice d'événements stressants*.

L'augmentation du nombre de cigarettes fumées quotidiennement par l'ensemble des fumeurs soulève des interrogations. On constate, en effet, que plus les fumeurs sont agés, plus la quantité de cigarettes fumées augmente; d'autre part, on observe une diminution plus prononcée des fumeurs parmi les gros fumeurs et les fumeurs adultes. Il conviendrait donc de vérifier si la consommation quotidienne de cigarettes s'est modifée sensiblement à la hausse dans les groupes d'âge plus jeunes et chez les femmes.

Au niveau de l'alimentation, les données sur la fréquence du petit déjeuner et des collations pourraient être reprises pour le calcul de l'indice de saines habitudes de vie* utilisant sept indicateurs des habitudes de vie. Comme complément à l'analyse des régimes alimentaires, il conviendrait de regarder pour chaque cause de régime s'il est prescrit ou pas, et si oui par qui.

La variable « sommeil » — incluant les heures de sommeil et les problèmes liés au sommeil — pourrait être croisée avec la consommation de drogue et de café, l'indice de stress, les indices de santé mentale, le fait d'avoir de jeunes enfants à la maison et l'occupation du répondant.

Le manque de sommeil rapporté par les personnes plus âgées, et surtout par les femmes de 45 ans et plus, concorde avec la consommation

de somnifères qui est plus fréquente chez cette population. On pourrait croiser ces deux données — heures de sommeil et consommation de somnifères — avec la présence de problèmes de santé physique et mentale.

L'indice de dépense énergétique quotidienne — calculé pour l'ensemble des activités, pour les activités physiques de loisirs et pour les activités physiques intenses de loisirs — a permis de quantifier l'activité physique de la population adulte. On pourrait maintenant mettre en relation l'indice de dépense énergétique quotidienne associée aux activités physiques intenses de loisirs et la présence ou l'absence de maladies cardio-vasculaires.

Des relations pourraient aussi être étudiées entre cet indice de dépense énergétique et les indices de saines habitudes de vie*, de l'état de santé et de bien-être psychologique. Les mêmes croisements pourraient être produits avec l'indice de dépense énergétique quotidienne associée à l'ensemble des activités de loisirs.

Quant à l'indice pondéral, il offre la possibilité d'étudier l'obésité mais également le problème contraire, le poids sous la normale. Pour identifier des sous-groupes avec une forte proportion d'anorexiques, on pourrait sélectionner parmi les personnes ayant un poids insuffisant, celles qui désirent un poids identique ou inférieur.

L'indice de saines habitudes de vie* s'est avéré quant à lui très intéressant. De calcul simple, cette mesure permet d'évaluer de façon globale l'impact cumulatif des cinq indicateurs qui le composent (6). Il serait judicieux d'analyser cet indice en fonction d'autres variables descriptives (statut matrimonial, langue-ethnie, occupation, etc.) ou en fonction de comportements préventifs, et de monter un modèle explicatif multivarié ou de l'inclure comme variable explicative dans de tels modèles... Cet indice pourra donc être l'objet de plusieurs analyses complémentaires par d'autres groupes de chercheurs.

Des analyses spécifiques en fonction de l'âge et du sexe, pour l'ensemble des habitudes de vie prises une à une, permettraient d'obtenir un meilleur portrait et une meilleure connaissance des comportements, pour les habitudes de vie étudiées par Santé Québec.

Références

1. Lalonde, Marc, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, avril 1974, 82 p.

2. Ewing, John A., « Detecing alcoholism: the CAGE Questionnaire », *JAMA*, 1984, vol. 252, no 14, p. 1905-1907.

3. King, Micheal, « At risk drinking among general practice attenders: validation of the CAGE Questionnaire », *Psychological Medicine*, 1986, 16, p. 213-217.

4. American Psychiatric Association, *DSM-III Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 1985, 535 p.

5. Booker, Bush, « Screening for alcohol abuse using the CAGE Questionnaire », *The American Journal of Medicine*, Feb. 1987, 82, p. 231-235.

6. Roy, Laurent, *Le point sur les habitudes de vie: le tabac*, Conseil des affaires sociales et de la famille, 1985, 122 p.

7. Berkman, L.F. et Breslow, L., *Health and ways of living: the Alameda County Study*, Oxford University Press, New York, 1983, 237 p.

8. Belloc, N.B. et Breslow, L., « Relationship of Physical Health status and Health Practices », *Preventive medicine*, 1972, no 1, p. 409-421.

9. Chen, M.K., Calderone G.E., and Pellarin M.L., « The validity of an index of leisure-time physical Activity », *Social Indicators Research*, 1987, no 19, p. 357-365.

10. Dishman, R.K., Salli, J.F., Orenstein, D.R., « The determinants of physical activities and exercices », *Public Health Reports*, 1985, vol. 100, p. 158-171.

11. Furrie, D.A., and Stephens, T., « Energy expenditure patterns in the canadian population », in Landry F., and Orban N., (Eds.). *Health risk estimation: risk reduction and health promotion, Proceedings of the 18th Annual Meeting of the Society of Prospective Medicine*, Canadian Public Health Association, Ottawa, 1983, p. 103-106.

12. Godin, G., *Multiples of the resting metabolic rate (Mets) of Physical Activities. Report presented to Canada Fitness Survey*, 1982.

13. Gouvernement du Canada, *Condition physique et mode de vie au Canada*, Approvisionnement et Services Canada, Ottawa, 1983.

14. Last, J., *A dictionnary of Epidemiology*, Oxford University Press, Londres, 1986.

15. Millar, W.J., « Distribution of body weight and height: comparison of estimates based on self-reported and observed measures », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1986, 40, p. 310-323.

16. Stewart, A.W., Jackson, R.T., Fort, M.A. et Beaglehole, R., « Underestimation of relative weight by use of self-reported height and weight », *American Journal of Epidemiology*, 1987, 125, p. 122-126.

17. Santé et Bien-être Canada, *Le rapport action santé — Perspective à partir de l'enquête Promotion Santé Canada 1985*, 1987, 47 p.

Chapitre 2

Comportements préventifs

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Nicole Croteau, DSC de l'Hôpital Ste-Justine

Colette Lachance, DSC de l'Hôpital St-Sacrement

Jennifer O'Loughlin, DSC de l'Hôpital général de Montréal
— comportements préventifs chez les femmes

Diane Sergerie, DSC du Centre hospitalier Honoré-Mercier

Laurent Roy, MSSS, Direction de la planification
— port de la ceinture de sécurité

Consultante

Lise Dunnigan, MSSS, Service de la condition féminine

On appelle « comportements préventifs » les précautions que prennent les individus en vue de prévenir un problème de santé spécifique. Cela nécessite habituellement une action volontaire de la part de la personne concernée, et ceci à des fréquences variables et en fonction d'incitatifs divers. Ainsi le port de la ceinture de sécurité en automobile et le port du casque en motocyclette nécessitent la répétition du comportement préventif à chaque utilisation du véhicule, pour prévenir les traumatismes liés aux accidents de la circulation, tandis qu'un test de Pap subi annuellement ou à tous les cinq ans (selon le niveau de risque) suffit à assurer un dépistage précoce du cancer du col utérin.

L'étude de ces comportements dans les enquêtes de population s'est développée au cours des 15 dernières années. L'efficacité de plusieurs mesures ayant été démontrée, les enquêtes comme Santé Québec cherchent à identifier les groupes qui n'ont pas adopté ces comportements préventifs, et vers lesquels les efforts de santé publique doivent porter en priorité. La recherche en santé communautaire tente également de développer des moyens incitatifs (promotion par les médias, législations, sensibilisation des professionnels de la santé, etc.) afin que les comportements préventifs requièrent de moins en moins un effort de volonté de la part des individus susceptibles d'en bénéficier.

Les comportements préventifs présentés ici sont le port de la ceinture et du casque de sécurité, le test de Pap, les diverses formes d'examen des seins afin de dépister un cancer (à un stade pré-symptomatique), ainsi que la consommation de contraceptifs oraux.

2.1 Comportements reliés aux véhicules moteurs

Les deux comportements préventifs étudiés dans ce chapitre sont le port de la ceinture de sécurité chez ceux qui voyagent en automobile, en camion ou en camionnette, et le port du casque protecteur chez ceux qui circulent en motocyclette ou qui utilisent un véhicule tout-terrain (VTT). Chez les automobilistes, la distinction est faite entre les conducteurs habituels, les passagers habituels et ceux qui circulent tant comme passager que comme conducteur. Ces comportements sont présentés en fonction du véhicule utilisé et du kilométrage parcouru annuellement, du sexe, de l'âge et de la scolarité, ainsi que de la consommation d'alcool.

Les renseignements recueillis concernent la population de 15 ans et plus et proviennent du questionnaire auto-administré. L'Enquête Santé Canada estimait la distance parcourue en automobile annuellement à partir de la distance parcourue au cours des deux semaines précédant l'entrevue;

le pourcentage de non-réponses à cette question était de 12 % chez ceux qui avaient voyagé comme conducteurs et de 13 % chez les passagers d'une automobile. Afin d'obtenir un meilleur taux de réponse, Santé Québec a demandé aux répondants d'estimer leur kilométrage annuel ; cette approche n'a pas donné les résultats attendus puisque le taux de non-réponses atteint 24 %. Les autres valeurs manquantes varient entre 2 % (port du casque chez les conducteurs de VTT), et 12 % pour les passagers de véhicule tout terrain.

Une majorité des automobilistes québécois (70 %) disent qu'ils attachent toujours **leur ceinture de sécurité** et 15 % répondent l'attacher la plupart du temps. Ces deux groupes ont été réunis pour les fins de l'analyse afin de permettre la comparaison avec les résultats de l'Enquête Santé Canada. Par ordre décroissant, ce sont ceux qui se disent autant conducteur que passager qui s'attachent le plus, puis les passagers et enfin les conducteurs. La composition par sexe explique en partie ces résultats : les femmes sont trois fois plus nombreuses à être passagères ou conductrices-passagères dans une automobile. Les hommes déclarent un port moins fréquent de la ceinture (89 %) que les femmes (94 %).

Tableau 21
Port de la ceinture de sécurité en automobile selon le statut d'usager et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Statut d'usager	Hommes	Femmes	Total	Population estimée
Conducteur	87,9	93,8	89,5	2 475 358
Passager	90,9	93,0	92,5	1 495 611
Conducteur et passager	90,4	95,7	94,4	723 533
Total	**88,5**	**93,8**	**91,2**	**4 694 568**

Les pourcentages obtenus par Santé Québec sont plus élevés que les résultats observés par Transport Canada (85 %) et par la Régie de l'assurance automobile du Québec (1) (75 %) pour la même période, (soit 1987). Ces différences peuvent s'expliquer par une surestimation du comportement déclaré par rapport au comportement observé, de même que par le regroupement des catégories « toujours » et « presque toujours » dans l'analyse des données de Santé Québec.

Le kilométrage parcouru **annuellement** est un facteur de risque relié aux accidents de la route (mesure d'exposition). Plus on parcourt de kilomètres, plus on risque d'être impliqué dans un accident. Santé Québec a repris la même classification que Santé Canada (2), soit moins de 5 000 kilomètres et 5 000 kilomètres et plus annuellement. À l'instar de l'enquête

canadienne, Santé Québec ne révèle pas de différence dans le port de la ceinture chez les automobilistes en fonction de la distance parcourue annuellement. Ces résultats doivent être interprétés avec prudence car la distance parcourue n'ayant pas été analysée comme variable continue; il est donc possible que le choix d'un autre kilométrage annuel comme base de comparaison ait produit des résultats différents.

Le port de la ceinture de sécurité varie peu en fonction de l'âge. La seule tendance qui se dégage est une augmentation graduelle du port de la

Tableau 22
Port de la ceinture de sécurité en automobile selon le statut d'usager, le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Statut d'usager et groupe d'âge	Hommes	Femmes	Total	Population estimée
Conducteur				
15-24 ans	86,0	93,9		
25-44	86,5	93,9		
45-64	89,7	93,4		
65 et +	92,3	95,4		
Total	87,9	93,7	89,5	2 475 358
Passager				
15-24 ans	90,3	92,5		
25-44	93,1	91,7		
45-64	90,5	96,1		
65 et +	89,1	91,5		
Total	90,9	93,0	92,5	1 495 611
Conducteur et passager				
15-24 ans	91,9	92,5		
25-44	87,4	96,1		
45-64	93,0	97,3		
65 et +	95,2	97,0		
Total	90,6	95,6	94,4	723 533
Total				
15-24 ans	**88,4**	**92,7**	**90,5**	**951 718**
25-44	**87,1**	**93,8**	**90,4**	**2 092 609**
45-64	**89,9**	**95,5**	**92,7**	**1 179 053**
65 et +	**91,8**	**92,2**	**92,0**	**471 188**

ceinture chez les conducteurs de sexe masculin, qui passe de 86 % dans le groupe âgé de 15 à 24 ans, à 92 % chez ceux âgés de 65 ans et plus. Quel que soit le groupe d'âge et le statut d'usager, exception faites pour les passagères de 25 à 44 ans, les femmes portent davantage la ceinture que les hommes.

Le port de la ceinture de sécurité augmente également avec la **scolarité***. Ainsi, la proportion d'individus ne portant pas la ceinture est près de deux fois plus grande chez les moins scolarisés (11 %) que les plus scolarisés (6 %). L'augmentation du port de la ceinture en fonction de la scolarité s'observe chez les deux sexes; elle est toutefois un peu plus marquée chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 23
Port de la ceinture de sécurité en automobile selon la scolarité relative* et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Scolarité relative	Hommes	Femmes	Total	Population estimée
Faible scolarité	85,5	91,7	88,8	767 222
	86,0	93,5	89,7	852 446
	87,5	94,5	91,2	887 710
	88,6	94,6	91,7	1 017 099
Scolarité élevée	93,1	94,7	93,9	1 102 146
Total	**88,6**	**93,9**	**91,3**	**4 626 623**

La consommation d'alcool a été associée à la probabilité d'avoir un accident, de même qu'à la gravité de l'accident (3, 4, 5). Les abstinents, les buveurs occasionnels et les buveurs habituels de moins de 7 consommations par semaine bouclent plus que les autres la ceinture de sécurité (plus de 91 %). Par contre, les individus ayant l'habitude de prendre 14 consommations et plus par semaine sont ceux qui portent le moins la ceinture (82.4 %). Étant donné que la catégorie « 14 consommations et plus » par semaine regroupe surtout des hommes et que ces derniers ont moins tendance à porter leur ceinture, il n'est pas très surprenant de constater cette association négative entre la consommation d'alcool et le port de la ceinture de sécurité.

L'enquête menée par la RAAQ en 1986, sur la conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool, montrait que les conducteurs ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite légale ne portaient pas la ceinture dans une proportion de trois contre un (6).

Tableau 24
Port de la ceinture de sécurité en automobile selon le type de buveurs, la consommation hebdomadaire d'alcool et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Type de buveurs	Hommes	Femmes	Total	Population estimée
Abstinents	92,6	94,1	93,6	602 692
Anciens buveurs	86,0	91,5	88,4	244 192
Buveurs occasionnels	90,6	95,1	93,6	919 228
Buveurs habituels	87,7	93,5	90,2	2 873 400
0-6 consom./sem.	89,6	93,7	91,7	1 965 505
7-13 consom./sem.	87,3	94,4	89,5	477 459
14 et + consom./sem.	81,6	86,4	82,4	340 970
Total	**88,5**	**93,9**	**91,2**	**4 639 512**

Le questionnaire de Santé Québec ne distingue pas, pour les utilisateurs de camion ou de camionnette, s'il s'agit de véhicule de promenade ou de véhicule commercial, ni son poids, ni le statut de l'usager (conducteur ou passager).

Un peu moins d'un Québécois sur trois (30,1 %) circule au moins occasionnellement en camion ou en camionnette. Les utilisateurs d'un camion ou d'une camionnette portent la **ceinture de sécurité** moins souvent que les automobilistes. Seulement 70 % d'entre eux déclarent porter la ceinture.

Il arrive à un Québécois sur 10 de circuler en motocyclette. L'enquête révèle que 93.5 % des **motocyclistes** se conforment à la loi du Québec obligeant le **port du casque** pour toutes cylindrées. C'est dans le groupe d'âge des 25-34 ans que se trouve la plus faible proportion de non-porteurs du casque.

10 % des Québécois de 15 ans et plus disent circuler en véhicules tout-terrain. Au moment de l'enquête Santé Québec, le **port du casque** en véhicule tout-terrain n'était pas obligatoire. La moitié des usagers de VTT de 15 ans et plus disent porter un casque, ce qui constitue une donnée inédite pour le Québec. Une recherche québécoise (7) auprès des victimes d'accidents en VTT rapporte un pourcentage équivalent de personnes portant le casque (54 %). Les hommes portent plus souvent le casque (53 %) que les femmes (44 %) et les 45-64 ans plus souvent que les autres groupes.

Résumé

La très grande majorité des automobilistes déclarent s'attacher toujours ou la plupart du temps. Les femmes portent plus souvent la ceinture que les hommes, les passagers un peu plus souvent que les conducteurs. Les utilisateurs de camions ou de camionnettes, par contre, portent moins la ceinture que les automobilistes. Alors que les motocyclistes déclarent porter en grande majorité le casque, seulement un usager de véhicule tout-terrain sur deux en fait autant.

Les personnes peu scolarisées portent moins fréquemment la ceinture de sécurité et il en est de même des personnes qui consomment de l'alcool plus que la moyenne.

Si l'on compare les résultats de Santé Québec avec ceux de Santé Canada, on note que la proportion d'automobilistes qui bouclent leur ceinture a fortement augmenté. Moins de 70 % des adultes québécois déclaraient porter la ceinture en 1978-1979, alors que la proportion actuelle atteint 91 %. Des enquêtes par observation ont été réalisées récemment au Québec par des organismes publics tels que Transport Canada et la RAAQ; bien que les méthodes d'enquête diffèrent, les taux obtenus par Santé Québec (91 %) se rapprochent de ceux de Transport Canada (85 %).

2.2 Comportements préventifs spécifiques aux femmes

Cette section de l'enquête a pour but principal d'estimer la fréquence de divers comportements préventifs en fonction de caractéristiques socio-démographiques et de facteurs associés au niveau du risque de contracter certaines maladies.

Les résultats présentés décrivent la fréquence du recours aux diverses techniques de dépistage des cancers du col utérin et du sein, de même que l'utilisation des contraceptifs oraux ou de médicaments à teneur hormonale pour problèmes reliés à la ménopause. L'analyse est faite en fonction de l'âge, de la scolarité* et du niveau de revenu.

Il faut souligner que ces données concernent uniquement les comportements de santé des femmes, et non leurs connaissances et croyances; une telle information pourrait fournir des explications concernant les tendances observées.

La population cible est celle des femmes québécoises âgées de 15 ans et plus. La taille d'échantillon ajusté s'élève à 10 155. Il convient de souligner l'excellent taux de réponse obtenu à cette partie du questionnaire auto-administré; parmi les divers croisements de variables étudiées, le plus haut pourcentage de données manquantes atteint 18 % (consommation de dérivés hormonaux selon le revenu). Par contre, il est impossible d'évaluer dans quelle mesure des biais, tel que la désirabilité sociale associée à certaines réponses, ont pu influencer les résultats.

48 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent s'être soumises à un test de **dépistage du cancer du col utérin** (test de Papanicolaou ou test de Pap) au cours des 12 mois précédant l'enquête; 15 % n'auraient jamais

Tableau 25
Proportion de femmes qui ont subi un test de Pap, en 1978-1979 et en 1987, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec et Canada

Population féminine et année	Test au cours des 12 derniers mois %	Jamais subi de test %
Québécoise, 1978-1979[1]	40	26
Québécoise, 1987[2]	48	15
Canadienne, 1978-1979[1]	44	22

1- Santé Canada
2- Santé Québec

subi ce test. Même si la simple comparaison de deux points dans le temps ne permet pas vraiment de confirmer une tendance, ces pourcentages pour le Québec dans l'Enquête Santé Canada 1978-79 s'élevaient à 40 % et 26 % respectivement. Pour l'ensemble du Canada, ils étaient de 44 % et 22 %.

Les recommandations du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique prévoient deux dépistages successifs à un an d'intervalle au début de la vie sexuelle active, puis aux trois ans jusqu'à l'âge de 35 ans et aux cinq ans par la suite. Chez les femmes à risque élevé (partenaires sexuels multiples, début précoce des activités sexuelles), le dépistage annuel est alors recommandé (8).

Il est difficile, avec les données présentes, de juger si les femmes adhèrent à ces recommandations. La proportion de celles qui n'ont jamais subi un test de Pap varie toutefois fortement en fonction de l'âge. Elle est maximale chez les 15-24 ans (36 %) et les 65 ans et plus (33 %). Dans le premier cas, ceci reflète sans doute qu'une fraction importante de ces femmes n'ont pas encore débuté leur vie sexuelle active ou n'ont pas consulté pour la prescription d'une méthode contraceptive. Dans le second cas, cela pourrait témoigner du manque de sensibilisation à cette mesure préventive au moment où les femmes de ce groupe d'âge étaient le plus actives sexuellement.

Tableau 26
Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Délai depuis le dernier test de Pap				
Groupe d'âge	**12 mois et moins**	**1 à 2 ans**	**Plus de 2 ans**	**Jamais**	**Total**
15-24	51,5	9,5	3,1	35,9	100,0
25-44	58,2	21,4	15,5	4,9	100,0
45-64	41,3	20,7	29,7	8,3	100,0
65 et +	17,4	12,4	37,2	33,0	100,0
Total	**48,3**	**17,9**	**19,0**	**14,8**	**100,0**

Quel que soit l'âge, l'utilisation du test de Pap augmente avec le niveau de scolarité. Chez les femmes les moins scolarisées, le pourcentage de celles qui ont subi le test au cours des 12 derniers mois atteint 41 %, comparativement à 51 % chez les plus scolarisées.

On observe les mêmes tendances en ce qui concerne le niveau de revenu; la proportion de femmes évaluées dans la dernière année passant de 39 % chez les très pauvres à 52 % dans la catégorie de revenu maximal.

Trois techniques de **dépistage du cancer** du sein ont été étudiées quant à la fréquence de leur utilisation: l'auto-examen des seins, l'examen des seins par un professionnel de la santé et la mammographie. Cette dernière méthode est la seule dont on reconnaît l'efficacité pour réduire la mortalité par cancer du sein (9); l'information sur cette variable représente donc un ajout par rapport à Santé Canada. Le groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique recommande actuellement une mammographie et un examen clinique annuels chez les femmes âgées de 50 à 59 ans (8,10). Un examen annuel des seins par un professionnel de la santé est également suggéré aux femmes de 40 à 49 ans (10).

Tableau 27
Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Délai depuis le dernier test de Pap				Population estimée
	12 mois et moins	1 à 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	
Très pauvres	38,8	20,5	20,6	20,1	181 361
Pauvres	41,2	15,2	23,3	20,3	347 056
À revenus moyens	51,0	17,6	19,1	12,3	1 201 005
Riches	52,0	19,5	15,7	12,8	481 407
Total	**48,6**	**17,9**	**19,2**	**14,3**	**2 210 828**

En ce qui concerne **l'auto-examen des seins**, 25 % des Québécoises de 15 ans et plus déclarent le pratiquer sur une base mensuelle, 19 % aux 2-3 mois, 24 % moins fréquemment encore et 33 % d'entres elles ne le pratiquent jamais. Dans l'Enquête Santé Canada, le pourcentage de femmes pratiquant mensuellement l'auto-examen s'élevait à 17 % pour le Québec et 23 % pour le Canada; 44 % des Québécoises et 34 % des Canadiennes déclaraient ne jamais examiner leurs seins. Il faut souligner que ces données renseignent sur la fréquence de l'auto-examen des seins; elles ne fournissent toutefois pas d'indication sur la qualité de la technique pratiquée.

C'est dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans que la pratique régulière de l'auto-examen est la plus répandue (32 %). Il y a peu de variabilité dans la

proportion de femmes qui pratiquent cette technique sur une base mensuelle en fonction du niveau d'éducation ou du revenu. Toutefois, la proportion de femmes qui déclarent ne jamais examiner leurs seins passe de 41 % chez les moins scolarisées à 29 % chez les plus scolarisées; il n'est cependant pas exclu que les femmes les plus scolarisées aient plus de réticence à déclarer qu'elles ne pratiquent jamais cet examen.

Tableau 28
Fréquence de l'auto-examen des seins selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Fréquence de l'auto-examen des seins				
Groupe d'âge	**1 fois /mois**	**1 fois /2-3 mois**	**Moins souvent**	**Jamais**	**Population estimée**
15-24	18,0	14,6	22,0	45,4	489 845
25-44	24,1	20,6	26,9	28,4	1 090 889
45-64	31,9	19,3	23,2	25,6	650 086
65 et +	25,0	15,4	15,9	43,7	300 257
Total	**25,0**	**18,5**	**23,7**	**32,8**	**2 531 077**

L'examen par un professionnel de la santé est beaucoup plus répandu que l'auto-examen des seins. Globalement, 49 % des Québécoises interrogées ont eu un tel examen au cours des 12 mois précédant l'enquête; 16 % n'ont jamais eu cet examen clinique. Le tiers des femmes de 15 à 24 ans n'ont jamais subi cet examen, ce qui est sans doute relié à leur profil d'activité sexuelle. Il est par ailleurs remarquable qu'à peine le tiers des femmes de 65 ans et plus ont eu un examen clinique des seins au cours de la dernière année.

Tableau 29
Délai depuis le dernier examen des seins par un professionnel de la santé selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Délai depuis le dernier examen des seins par un professionnel de la santé				
Groupe d'âge	**12 mois et moins**	**1 à 2 ans**	**Plus de 2 ans**	**Jamais**	**Population estimée**
15-24	48,0	11,4	5,6	35,0	477 582
25-44	53,8	21,3	17,3	7,6	1 076 893
45-64	47,7	19,4	21,5	11,4	636 146
65 et +	31,3	12,2	27,1	29,4	280 322
Total	**48,5**	**17,9**	**17,2**	**16,4**	**2 470 943**

Tout comme dans le cas du test de Pap, le recours à cette pratique est associé au niveau de scolarité et au revenu. Le pourcentage de femmes ayant été examinées au cours de l'année passe de 41 % chez les moins scolarisées à 53 % chez celles de niveau de scolarité supérieur, et de 38 % chez celles de revenu inférieur à 55 % dans le plus haut niveau de revenu. Chez les 65 ans et plus, les plus démunies financièrement déclarent dans une proportion de 51 % n'avoir *jamais* eu un examen des seins par un professionnel de la santé.

Quant à la **mammographie**, 26 % des répondantes auraient subi cet examen au moins une fois dans le passé, 8 % au cours des 12 derniers mois. 25 % des femmes dans la trentaine et presque la moitié de celles dans la quarantaine et la cinquantaine déclarent avoir déjà eu une mammographie au cours de leur vie. On note une tendance à l'utilisation plus répandue de cette procédure avec l'augmentation du niveau socio-économique.

Tableau 30
Délai depuis la dernière mammographie selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge	Délai depuis la dernière mammographie				Population estimée
	12 mois et moins	1 à 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	
15-29	2,0	1,6	2,1	94,3	776 124
30-39	5,9	5,0	14,4	74,7	552 121
40-49	13,2	11,1	21,4	54,3	419 506
50-59	14,9	11,0	17,1	57,0	302 054
60-69	13,0	8,7	16,0	62,3	258 047
70-79	9,0	4,6	12,6	73,8	118 089
80 et +	3,8	0,8	3,8	91,6	39 495
Total	**7,9**	**6,0**	**11,9**	**74,2**	**2 465 436**

Chez les 50-59 ans, toutefois, à peine 15 % des femmes ont eu cet examen au cours des douze derniers mois, 11 % une à deux années auparavant et 17 % il y a plus de deux ans.

Les comportements préventifs des femmes qui présentent un risque élevé de cancer du sein diffèrent de ceux de la population générale. À la lumière des résultats de l'enquête, on peut situer à 1 % la prévalence de cancer du sein au Québec, c'est-à-dire qu'une femme sur cent femmes âgées de 15 ans et plus a déjà reçu un diagnostic de cancer du sein. Par

Tableau 31
Délai depuis la dernière mammographie selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population féminine âgée de 50 à 59 ans, Québec, 1987

Niveau de revenu	Délai depuis la dernière mammographie				Population estimée
	12 mois et moins	1 à 2 ans	Plus de 2 ans	Jamais	
Très pauvres	8,6	9,0	10,3	72,1	20 427
Pauvres	12,7	8,6	14,8	63,9	36 110
À revenus moyens	13,2	12,0	17,4	57,4	145 907
Riches	23,0	10,4	17,6	49,0	66 461
Total	**15,2**	**10,9**	**16,6**	**57,3**	**268 905**

ailleurs, 12 % des femmes déclarent avoir déjà eu un problème bénin des seins quel qu'en soit le type (kyste, tumeur bénigne, etc.).

Ainsi, 58 % des femmes ayant reçu un diagnostic de cancer du sein dans le passé et 41 % de celles qui ont déjà eu un problème bénin des seins déclarent pratiquer l'auto-examen des seins chaque mois. Chez ces groupes, la proportion de femmes ayant eu un examen clinique des seins, au cours de la dernière année, s'élève à 74 % chez les femmes qui ont eu un cancer et à 62 % chez celles ayant déclaré un problème bénin des seins.

Enfin, 2 femmes sur 5 ayant une histoire de cancer du sein et 1 sur 5 ayant un problème bénin des seins auraient eu une mammographie au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Dans l'Enquête Santé Canada, 16 % des Québécoises et 14 % des Canadiennes déclaraient utiliser des **contraceptifs oraux**. Dans la présente enquête, cette proportion atteint 18 % chez les Québécoises, soit au-delà de 400 000 femmes. Cette méthode contraceptive est la plus répandue, chez les 15-24 ans, avec 49 % d'utilisatrices, et chute à 18 % chez les 25-44 ans. La consommation de ces produits est rare au-delà de 45 ans.

Il convient de souligner que 2 % de l'ensemble des répondantes (3 % des 15-24 ans et 4 % des 25-44 ans) étaient enceintes au moment de l'enquête. Ces femmes ont été incluses au dénominateur dans le calcul des proportions d'utilisatrices de contraceptifs oraux.

Les risques de complications cardiovasculaires associés à l'usage combiné des contraceptifs oraux et du tabac sont bien établis (11). Chez les utilisatrices de contraceptifs oraux, 43 % d'entre elles fument régulièrement la cigarette: 46 % chez les 15-24 ans et 41 % chez les 25-44 ans.

Chez les femmes de moins de 45 ans, l'utilisation de contraceptifs oraux est associée à la fréquence du test de Pap, vraisemblablement parce que cette forme de contraception nécessite une prescription médicale qui doit être renouvelée de façon périodique. Près des trois quarts des femmes concernées se sont soumises à un test de dépistage du cancer du col utérin au cours des 12 mois précédant l'enquête. Chez les non-utilisatrices de contraceptifs oraux, cette proportion atteint 31 % chez les 15-24 ans et 54 % chez les 25-44 ans.

Enfin, 22 % des Québécoises de 45 à 64 ans (environ 141 000 femmes) consomment des **médicaments à teneur hormonale** pour problèmes liés à la ménopause. Si la consommation de ces produits est rare avant 45 ans, il convient de souligner que sept pour cent des femmes de 65 ans et plus en font encore usage.

Il existe une certaine association des divers comportements préventifs entre eux.

Plus de la moitié des femmes qui pratiquent l'auto-examen des seins sur une base mensuelle ont subi un test de Pap au cours de la dernière année, comparativement à 40 % chez celles qui déclarent ne jamais pratiquer cet examen. La proportion de femmes n'ayant jamais eu de test de Pap passe par ailleurs de 9 %, chez celles qui examinent leurs seins de façon régulière, à 26 % chez celles qui ne le font jamais.

De la même façon, 73 % des femmes qui ont eu une mammographie et 82 % de celles qui ont eu un examen des seins par un professionnel de la santé, au cours des 12 derniers mois, ont aussi subi un test de dépistage du cancer du col utérin pendant cette période.

L'association entre ces diverses pratiques préventives est constante d'une catégorie d'âge à l'autre.

Résumé

Il y a place à amélioration en ce qui concerne la prévention chez les femmes. Pour ce qui est du dépistage du cancer du col utérin, il est cependant rassurant de constater qu'une faible minorité des femmes de 25 à 64 ans déclarent n'avoir jamais subi un test de Pap. Quel que soit l'âge, la pratique du dépistage tend à être associée aux niveaux de scolarité et de revenu. Ces deux variables étant généralement corrélées, seules des analyses multivariées pourraient nous permettre de clarifier les déterminants de cette pratique préventive.

Quant au dépistage du cancer du sein, les données révèlent que l'examen des seins par un professionnel de la santé demeure la méthode la plus répandue et que les déterminants de cette pratique sont semblables à ceux du recours au test de Pap. L'efficacité de l'auto-examen des seins comme mesure de dépistage n'a pas été démontrée (12) ; il s'agit toutefois d'une technique simple, non agressive, qu'à peine 25 % des femmes de l'échantillon déclarent pratiquer de façon régulière. Bien que la mammographie soit recommandée sur une base annuelle pour les femmes de 50 à 59 ans, à peine 15 % d'entre elles déclarent avoir subi ce test au cours de la dernière année.

Conclusion sur les comportements préventifs

L'utilisation de la ceinture de sécurité est à peu près uniforme à tout âge, bien qu'elle augmente avec le niveau de scolarité. Son utilisation a gagné du terrain au Québec depuis la fin des années soixante-dix: plus de neuf automobilistes sur 10 bouclent toujours ou la plupart du temps leur ceinture. Parmi ceux qui ne la bouclent pas, se retrouvent les gros consommateurs d'alcool.

Les motocyclistes, en grande priorité, se conforment au port obligatoire du casque. Par contre, seule la moitié des utilisateurs de véhicules tout terrain fait de même.

Les comportements préventifs spécifiques aux femmes continuent d'être associés à l'âge, au revenu et à la scolarité. Davantage de Québécoises se soumettent au test de Pap, ce qui ne se traduira pas nécessairement par une réduction éventuelle des cancers du col utérin, car d'autres facteurs de risque peuvent intervenir tels que la diversité des partenaires sexuels. L'utilisation de contraceptifs oraux semble demeurer stable alors que la pratique de l'auto-examen des seins semble augmenter.

Possibilités des données

On connaît les caractéristiques socio-démographiques des personnes qui n'ont pas adopté les comportements de prévention liés aux véhicules à moteur, au port de la ceinture de sécurité en automobile et au casque en moto. Santé Québec permet de mieux connaître ces personnes qui demeurent un groupe-cible dans les campagnes visant à promouvoir et à maintenir ces mesures préventives. Il serait intéressant d'étudier si, après avoir contrôlé les variables démographiques, les personnes qui n'ont pas adopté le port de la ceinture en automobile ou le casque en moto se distinguent par des habitudes de vie plus « dangereuses ». Une bonne connaissance de ces groupes-cibles « irréductibles » est importante car les ressources nécessaires pour faire adopter un comportement préventif au dernier 10 % de la population peuvent être très supérieures et très différentes de celles utilisées pour l'ensemble de la population.

La moitié des personnes qui utilisent un véhicule tout terrain portent le casque de sécurité. Ce sont là les premières à adopter un comportement préventif que les autorités de santé publique souhaitent voir se généraliser. Il serait intéressant d'examiner qui sont ces « leaders »: sont-ils les premiers à adopter d'autres comportements préventifs? Le port du casque chez les utilisateurs de VTT est-il réparti également dans tout le Québec ou y a-t-il des régions où le casque est davantage à la mode?

Les comportements préventifs spécifiques aux Québécoises peuvent aussi être approfondis. La réduction au Québec depuis l'Enquête Santé Canada du taux de femmes de 15 ans et plus n'ayant jamais eu de test de Pap devrait être vérifiée ou infirmée.

Étant donné que le test de Pap est une mesure efficace pour prévenir le cancer du col utérin, il serait intéressant de tenter de décrire les femmes qui n'ont jamais eu ce test. Ont-elles été en contact avec un médecin au cours des 12 mois précédant l'enquête? Il serait possible d'estimer le pourcentage de la population féminine qui n'a jamais eu de test de Pap, si toutes les femmes qui ont consulté un médecin de famille ou un gynécologue au cours de la dernière année avaient alors subi ce test.

Une analyse des données par lieu de résidence révèlerait les taux régionaux de femmes de 50-59 ans qui n'ont pas eu de mammographie, en fonction des appareils de mammographie disponibles. Afin de mieux saisir les différences d'accessibilité, il serait intéressant de standardiser selon le niveau de scolarité.

Références

1. Régie de l'assurance automobile du Québec, Dossier statistique, *Évaluation du taux d'utilisation de la ceinture de sécurité au Québec*, 1987.

2. Statistique Canada, *La santé des Canadiens. Rapport de l'Enquête Santé Canada, 1981.*

3. Haddon, W. Jr et al., « A controled Investigation of the Characteristics of Adult Pedestrians Fatally Injury by Motor Vehicles in Manhattan », *Journal of Chronic Diseases*, 1961, no 14, p. 633.

4. McCarrol Jr and Haddon, W. Jr, « A Controlled Study of Fatal Motor Vehicle Crasher in New York City », *Journal of Chronic Diseases*, 1962, no 15, p. 811.

5. Borkenstein et al., *The Role of the Drinking Driver in Traffic Accidents*, Bloomington, Indiana University, Department of Police Administration, 1964.

6. Régie de l'assurance automobile du Québec, *Enquête sur la conduite automobile avec les facultés affaiblies par l'alcool*, 1986.

7. Delisle, André, Ouimet, Gisèle, *Contribution des véhicules tout-terrain aux lésions corporelles : le cas des trimotos et des quadrimotos*, D.S.C. Hôtel-Dieu de St-Jérôme, Juin 1986.

8. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, « The periodic health examination, 1979 », *Can Med Assoc J* 1979, 121, p. 3-45.

9. Shapiro, S., W Venet, P. Strax, L. Venet et R. Roeser, « Ten to fourteen-year effect of screening on breast cancer mortality », *JNCI* 1982, vol. 69, no 2, p. 349-55.

10. Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, « The periodic health examination: 2, 1985 update », *Can Med Assoc J* 1986, 134, p. 724-27.

11. Sartwell, P.E. & P.D. Stolley, « Oral contraceptives and vascular disease », *Epidemiol Rev* 1982, no 4, p. 95-109.

12. Del Greco, L. & W.O. Spitzer, « Breast self-examination: a call for scientific answers », *Can J Public Health* 1984, 75, p. 425-28.

Chapitre 3

Environnement social

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Yvon Brunelle, MSS, Direction de l'évaluation
— événements stressants

Daniel Tremblay, DSC de l'Hôpital général de Lakeshore
— intégration sociale et satisfaction face à la vie sociale

Consultant(e)s

— Lucie Larose, DSC de l'Hôtel-Dieu de Montmagny

— Camil Bouchard, UQAM

— Michel Tousignant, UQAM

— Yves Lepage, Université de Montréal

Pris dans un sens large, l'environnement social comprend les situations qui exigent des efforts d'adaptation et qui créent un stress chez les individus ou les groupes d'individus. Aux facteurs sociaux comme l'état général de l'économie et l'entrée de la femme sur le marché du travail, s'ajoutent des facteurs personnels comme le décès d'un proche, la perte d'emploi, le divorce, la retraite, etc. Si l'individu ne s'adapte pas ou s'il ne s'adapte que partiellement, il devient plus vulnérable à la maladie et à ses conséquences. Certains éléments d'intégration sociale, comme le support social, peuvent atténuer les effets des événements de vie sur la santé.

Dans ce chapitre, il ne sera question que des liens qui peuvent être établis entre le support social, les événements stressants et diverses caractéristiques des individus concernés. Toutes les questions relatives au support social ou aux événements de vie proviennent du questionnaire auto-administré (QAA), qui s'adresse aux personnes âgées de 15 ans et plus.

Les indices proposés ici se situent au plan exploratoire; ils n'ont pas fait l'objet d'une validation nette et précise. Cette section comporte un taux de réponse élevé: les questions concernant le support ou les événements de vie ne récoltent jamais plus de 8,5 % de refus et les taux de refus se situent en général autour de 3 %. Une seule exception: la dimension « présence d'un conjoint » suscite 15 % de refus.

3.1 Support social

Pour évaluer le support social, un indice d'intégration sociale a été créé et l'on a analysé la question du support perçu.

Par **intégration sociale,** on entend les contacts que les individus entretiennent avec d'autres personnes significatives de leur entourage (1, 2, 3). Les données de Santé Québec permettraient de créer un indice, mais les différents essais de cette première démarche d'analyse n'ont pas permis d'arriver à un indice satisfaisant. Cependant, il semble important de souligner cette opération afin de permettre à d'autres de pousser plus loin l'analyse.

Ce concept se mesure par des indicateurs indirects et Santé Québec en cerne quelques-uns dans le questionnaire auto-administré (Q.A.A.):

— question 84: fréquence des rencontres avec parents, amis, connaissances

— question 85: temps libre seul ou avec d'autres

— question 87a: présence d'amis

— question 88a: présence d'enfants à soi

— question 89a: présence d'un conjoint

— question 143: pratique religieuse

L'indice d'intégration sociale est construit à partir de ces six questions dont certaines conviennent mal à une population jeune (15-24 ans); ainsi en est-il de la présence de conjoint ou d'enfants. On doit donc utiliser avec précaution l'indice pour ce groupe d'âge. Idéalement, il faudrait pondérer les éléments constituants en fonction du groupe d'appartenance.

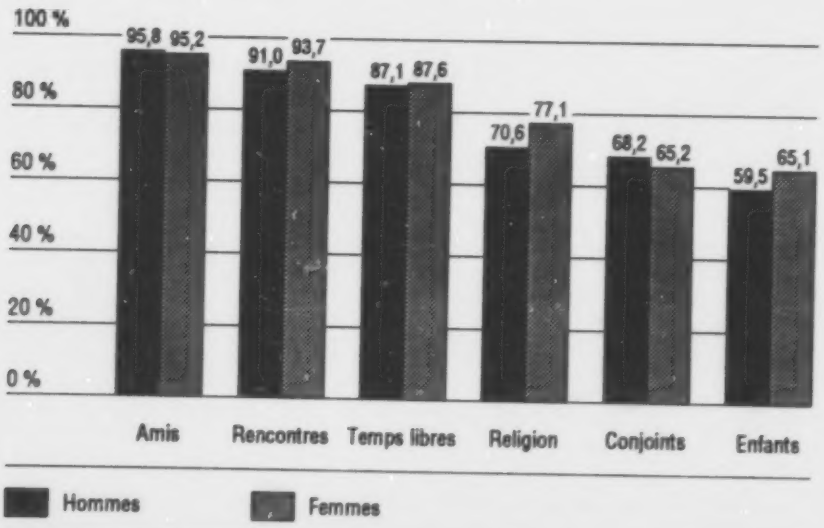
Ces questions ont été codifiées en deux catégories, l'une prenant la valeur zéro (0) pour un faible support et l'autre la valeur un (1) pour une indication de support plus élevé. Par exemple: les réponses « plus d'une fois par semaine », « une fois par semaine » et « au moins une fois par mois » à la question 84 sont codifiées 1 tandis que les réponses « environ une fois par année » et « jamais » sont codifiées 0. L'addition des points obtenus à chacune des questions permet ainsi de déterminer le degré d'intégration sociale.

On remarque que plus de 90 % des hommes et des femmes ont des amis et rencontrent des gens plusieurs fois par année. Par contre, moins de 70 % des gens ont un conjoint ou des enfants. Les différences entre hommes et femmes sont plutôt faibles; il est à noter toutefois que plus de femmes ont fréquenté une église ou un autre lieu de culte au moins une fois au cours de l'année[1].

1. La pratique religieuse est relativement élevée avec 70,6 % pour les hommes et 77,1 % pour les femmes. Ceci est dû à la définition retenue pour la construction de l'indice d'intégration sociale: il suffit en effet qu'une personne soit allée à la messe de Noël, par exemple, pour être comptée dans ces pourcentages.

Graphique 5

Proportion des personnes qui ont obtenu un point par question d'intégration sociale, selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



Les données selon l'âge permettent de confirmer que les femmes commencent une vie de couple plus tôt que les hommes: 30 % des femmes de moins de 25 ans ont un conjoint tandis que 15 % des hommes du même âge ont une conjointe. Par ailleurs, comme les hommes meurent plus jeunes que les femmes chez les 65 ans et plus, 83 % des hommes ont une partenaire contre 52 % des femmes.

Enfin, une personne âgée sur cinq déclare passer seule tout son temps libre ou plus de la moitié de ce temps. On note des variantes importantes lorsque l'on compare le degré d'intégration sociale selon le sexe et l'âge.

Tableau 32
Indice d'intégration sociale selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.

Groupe d'âge et sexe		Indice d'intégration sociale		Population estimée
		Faible[1]	Élevé[1]	
15-24	H	89,1	10,9	510 960
	F	80,1	19,9	501 192
25-44	H	32,0	68,0	1 083 382
	F	28,6	71,4	1 105 605
45-64	H	21,9	78,1	620 048
	F	22,0	78,0	663 408
65 et +	H	25,1	74,9	247 895
	F	38,8	61,2	338 162
Total	**H**	**40,6**	**59,4**	
		998 772	**1 463 493**	**2 479 402**
	F	**38,1**	**61,9**	
		994 199	**1 614 168**	**2 630 965**

1. L'indice d'intégration sociale peut prendre les valeurs de zéro à six. À des fins d'analyse, les réponses ont été regroupées comme suit: les catégories 0-1-2-3 et parfois la catégorie 4 indiquent une faible intégration et les catégories 5 et 6 indiquent une intégration élevée.

Les indicateurs retenus par Santé Québec révèlent que les hommes ont une intégration sociale un peu plus faible que les femmes. Toutefois, plus on avance en âge, plus l'écart entre hommes et femmes se réduit et, à partir de 65 ans, les femmes ont un indice d'intégration sociale plus faible.

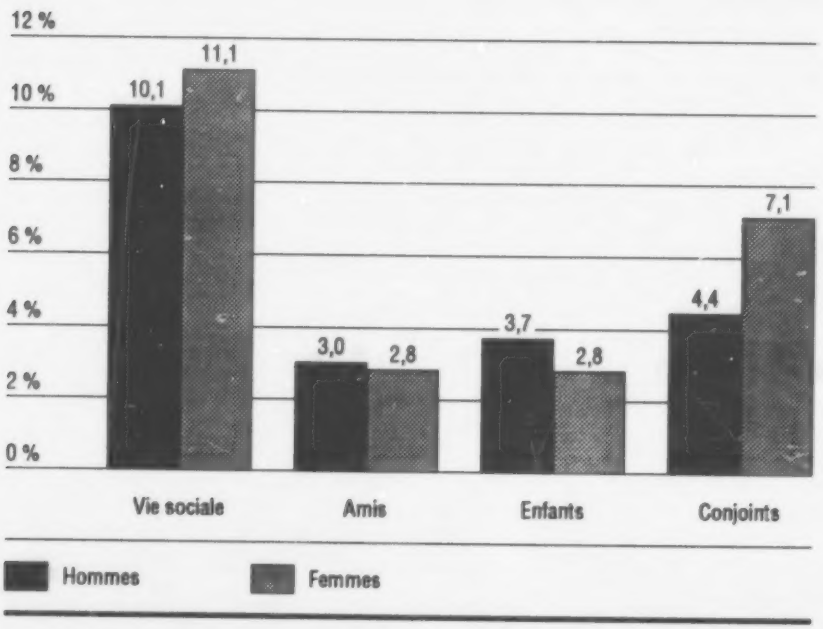
L'intégration sociale augmente avec l'âge pour les deux sexes jusqu'à 64 ans et décroît par la suite. Le décès du conjoint, celui de l'homme la plupart du temps, fait perdre un point aux personnes âgées (question 89a), ce qui expliquerait en partie cette baisse. Les jeunes étant moins susceptibles d'avoir un conjoint et des enfants, ils perdent des points aux questions 88a et 89a, ce qui augmente leur proportion dans la catégorie de moins grande intégration sociale.

Différents croisements avec le support perçu, les événements stressants et diverses variables socio-démographiques ont été testés. Les résultats ne seront toutefois pas présentés dans ce rapport.

Le support perçu se mesure par la satisfaction de l'individu face à diverses interactions. Santé Québec compte quatre questions reliées au support perçu:

Graphique 6

Proportions des gens insatisfaits de leur support social, selon diverses composantes du support perçu et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



— question 86: niveau de satisfaction face à la vie sociale

— question 87b: niveau de satisfaction face aux amis

— question 88b: niveau de satisfaction face aux enfants

— question 89b: niveau de satisfaction face au conjoint

Environ 10 % des gens ne sont pas satisfaits de leur vie sociale en général. Peu de gens se disent insatisfaits de leurs relations avec leurs amis, surtout chez les personnes âgées, et peu de gens se disent insatisfaits de leurs relations avec leurs enfants. Toutefois, deux fois plus de femmes que d'hommes âgés se disent insatisfaits de leurs relations avec leurs enfants. Beaucoup plus de femmes que d'hommes sont insatisfaites de

leurs relations avec leur conjoint, et ceci peu importe l'âge, sauf pour les moins de 25 ans. L'absence de confident est à souligner particulièrement pour les hommes.

Malgré des essais répétés, il n'a pas été possible de proposer un indice qui permettrait d'intégrer ces quatre questions. Toutefois, la question 86 s'est révélée être un excellent indicateur des réponses aux trois autres questions et c'est donc celle-ci qui mesurera le support perçu.

Si l'on considère l'indicateur retenu de satisfaction face à la vie sociale, on remarque que près de 90 % des gens sont satisfaits ou très satisfaits de leur support social. On ne peut dégager de tendances précises quant à l'âge ou au sexe, sauf chez les jeunes de 15-24 ans qui semblent plus satisfaits que l'ensemble de la population.

Tableau 33
Satisfaction face à la vie sociale selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge et sexe		Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
		Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
15-24	H	42,2	49,7	8,1	508 190
	F	38,0	54,1	7,9	500 869
25-44	H	29,6	59,0	11,4	1 078 460
	F	27,9	60,0	12,3	1 099 997
45-65	H	31,2	58,5	10,3	618 998
	F	31,1	57,5	11,4	661 712
65 et +	H	36,6	55,0	8,1	245 381
	F	33,2	55,9	10,9	338 241
Total	**H**	**33,4**	**56,5**	**10,1**	
		817 606	**1 385 670**	**248 473**	**2 451 749**
	F	**31,3**	**67,7**	**11,0**	
		812 954	**1 500 039**	**287 826**	**2 600 819**

Le support social perçu varie peu en fonction de la scolarité*, bien que l'on observe parfois des résultats inverses à ceux attendus. Ainsi, plus les 25-44 ans sont scolarisés, plus ils sont insatisfaits de leur support social, ce qui n'est pas le cas pour les autres groupes d'âge.

Selon l'état matrimonial, les personnes les plus insatisfaites de leur support social sont les personnes séparées et divorcées. Celles qui manifestent le moins d'insatisfaction sont les personnes mariées.

On remarque une légère croissance de l'insatisfaction face à la vie sociale au fur et à mesure que l'on s'appauvrit. Les tendances demeurent les mêmes lorsqu'on contrôle l'âge et le sexe.

Tableau 34
Satisfaction face à la vie sociale selon l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

État matrimonial	Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
Marié(e)s	32,1	58,9	9,0	3 289 598
Séparé(e)s, divorcé(e)s	23,2	56,4	20,4	406 558
Veuf(ve)s	28,7	57,6	13,7	246 890
Seul(e)s	36,3	52,4	11,3	974 813
Total	**32,0**	**57,4**	**10,6**	**4 917 859**

Selon la revue de la littérature, trois types d'événements de la vie sont particulièrement susceptibles d'avoir une association étroite avec le support social (4): les problèmes de santé, les événements de vie survenus avant l'âge de 12 ans et les restrictions d'activité. La section qui vient aborde chacune de ces questions.

Ce sont les personnes sans **problème de santé** qui sont les plus satisfaites de leur vie sociale, alors que les plus insatisfaites sont celles qui ont un problème de santé depuis un an ou plus. Ces tendances se maintiennent en contrôlant l'âge et le sexe.

Tableau 35
Satisfaction face à la vie sociale selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population agée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
Très pauvres	32,1	53,2	14,7	369 673
Pauvres	32,2	54,3	13,5	690 911
À revenus moyens	30,4	59,8	9,8	2 507 920
Riches	35,6	55,2	9,2	1 013 878
Total	**32,0**	**57,4**	**10,6**	
	1 464 851	**2 631 308**	**486 229**	**4 582 381**

Tableau 36
Satisfaction face à la vie sociale selon la durée des problèmes de santé, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Durée des problèmes de santé	Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
Courte durée	33,2	57,1	9,7	495 280
Longue durée	29,7	57,6	12,8	2 413 407
Sans problème	35,1	56,6	8,4	2 143 880
Total	**32,3**	**57,1**	**10,6**	**5 052 567**

Selon qu'elles avaient été exposées ou non à un **événement de vie survenu avant l'âge de 12 ans**, les personnes ont été classées en deux catégories: celles qui avaient vécu au moins un des quatre événements majeurs suivants et celles qui n'en avaient vécu aucun: (Q.A.A.):

— question 93: décès de la mère

— question 94: décès du père

— question 95: séparation/divorce des parents

— question 96: placement en famille d'accueil ou en foyer nourricier

Chacun de ces quatre éléments est suffisamment important pour avoir laissé sa marque au niveau de la satisfaction face à la vie sociale.

Ce sont les personnes qui ont connu au moins un des 4 événements avant l'âge de 12 ans qui sont les plus insatisfaites. Toutefois les écarts sont plutôt faibles. Les tendances se maintiennent en regard de l'âge et du sexe.

Tableau 37
Satisfaction face à la vie sociale selon les événements survenus avant l'âge de 12 ans, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Événement survenu avant 12 ans	Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
1 événement ou plus	31,5	55,8	12,7	1 007 034
Aucun événement	32,5	57,6	9,9	3 809 825
Total	**32,3**	**57,2**	**10,5**	**4 816 858**

Les personnes que ne gêne aucune **restriction d'activité** ont tendance à se montrer plus satisfaites de leur vie sociale que les personnes qui déclarent une restriction d'activité. La proportion des personnes insatisfaites augmente avec la durée de la restriction d'activité, passant de 17 % chez les répondants restreints dans leurs activités depuis moins d'un an, à 21 % chez ceux et celles qui le sont depuis plus d'un an. Les tendances se maintiennent en contrôlant l'âge et le sexe.

Tableau 38
Satisfaction face à la vie sociale selon la restriction d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Restriction d'activité	Satisfaction face à la vie sociale			Population estimée
	Très satisfaits	Plutôt satisfaits	Non satisfaits	
Aucune	33,1	57,1	9,8	4 645 284
– 1 an	26,9	56,5	16,6	73 781
1 an et +	21,7	57,4	20,9	329 998
Total	**32,3**	**57,1**	**10,6**	**5 049 063**

3.2 Événements stressants récents

Huit questions composaient la section « événements de vie » dans le questionnaire de Santé Québec (questions 97 à 104 du QAA). Leur occurence est souvent associée à un risque accru de morbidité ou au recours à des habitudes de vie nocives.

Les événements retenus sont les suivants: déménager hors de sa ville ou de sa région, prendre sa retraite, perdre son emploi, se séparer ou se divorcer, tomber gravement malade, avoir quelqu'un au foyer gravement malade, perdre un conjoint (décès) et perdre un proche.

Les répondants devaient déclarer chacun des événements survenus au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête et qualifier le niveau de stress ressenti (de peu à extrêmement stressant).

Les résultats laissent croire que, pour certains événements, la période de référence de 12 mois n'a pas toujours été respectée. De plus, la compréhension de certains termes, en particulier celui de retraite, a été fort large; ainsi il est douteux que 50 % des femmes de 65 ans et plus aient pris leur retraite l'an dernier, au moins si on entend par retraite se retirer du marché du travail rémunéré. On peut penser que l'expression « prendre sa

retraite » évoque, chez les personnes âgées, plusieurs notions dont l'allocation de pension, le régime des rentes, l'emploi, l'âge, le départ des enfants, etc.

Les événements les plus fréquemment déclarés sont sensiblement les mêmes pour les deux sexes. On note cependant que la morbidité/mortalité d'un proche est plus souvent rapportée par les femmes (décès du conjoint, décès d'un proche et malade grave au foyer). En revanche, les événements reliés au monde du travail (retraite, perte d'emploi) sont rapportés plus fréquemment par des hommes. Ces tendances sont constantes chez tous les groupes d'âge, à l'exception des 15-24 ans où les distinctions relatives à l'emploi disparaissent.

Tableau 39
Fréquence de certains événements de vie, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Événement de vie	Hommes	Femmes
Décès d'un proche	15,5	19,5
Malade grave au foyer	10,6	13,2
Déménagement	9,5	9,5
Retraite	9,7	7,7
Perte d'emploi	8,1	6,3
Maladie grave du répondant	5,8	6,7
Séparation/divorce	4,8	5,7
Décès du conjoint	2,1	6,5

Bien sûr, certains événements sont spécifiques à des groupes d'âge (retraite), d'autres sont rarissimes chez les jeunes (décès du conjoint) ou encore sont fortement associés au vieillissement (maladie du répondant). Cependant, les deux événements les plus fréquents dans l'ensemble de la population, soit le décès d'un proche et surtout la maladie grave d'un membre du foyer, sont signalés par tous les groupes d'âge, y compris les jeunes, et dans des proportions souvent similaires.

L'échelle de stress relié aux événements de vie récents du questionnaire de Santé Québec allait de 1 à 4. Elle a été transformée en échelle de 1 à 10 afin de rendre les écarts plus visibles et de donner plus de poids aux niveaux élevés de stress. Cette transformation ne modifie en rien les tendances. Les résultats suivants font mention du niveau de stress moyen déclaré par l'ensemble de ceux ayant été affectés par un événement.

Les événements les plus stressants sont ceux reliés à la mortalité et à la morbidité. Conformément à ce que l'on retrouve dans la littérature, le décès du conjoint apparaît l'événement le plus pénible à vivre. La présence d'un malade grave au foyer entraîne aussi un niveau élevé de stress.

En contrepartie, la perte d'emploi et le déménagement apparaissent de façon générale, peu stressants. Il est vrai que la perte d'un emploi ne correspond pas nécessairement au chômage. Quel que soit l'âge ou le sexe, le déménagement, la retraite et la perte d'emploi figurent toujours à titre d'événements peu stressants pour l'ensemble d'une population donnée. L'ordre de priorité peut bien sûr être différent, pour certains individus, dans des conditions données.

Les mêmes événements amènent sensiblement les mêmes niveaux de stress chez les deux sexes. On note cependant que la morbidité et la mortalité d'un proche sont nettement plus pénibles pour les femmes (décès d'un proche et malade grave au foyer). Pour la femme, la présence d'un malade grave au foyer semble plus lourde que la maladie personnelle ; pour l'homme, c'est le contraire.

Mais pour tous les groupes d'âge et les deux sexes, la présence de malade grave au foyer est pénible. Et bien que les jeunes hommes de 15-24 ans soient ceux qui rapportent le plus faible niveau de stress découlant de la présence d'un malade au foyer (5,6), cet événement demeure pour eux le plus stressant de tous ceux recensés par Santé Québec.

Le niveau de stress déclaré ne croît pas systématiquement avec l'âge ou n'est pas toujours plus élevé chez les femmes. Un niveau de stress

Tableau 40
Niveau de stress déclaré pour certains événements de vie (échelle de 1 à 10), selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Évenement de vie	Hommes	Femmes
Décès du conjoint	7,4	7,7
Maladie grave au foyer	6,2	7,4
Maladie grave du répondant	6,6	7,0
Décès d'un proche	5,7	6,9
Séparation/divorce	6,2	6,4
Perte d'emploi	5,1	4,5
Déménagement	3,2	3,8
Retraite	2,7	2,4

déclaré élevé correspond vraisemblablement à une situation particulière. On constate ainsi que les 25-44 ans réagissent fortement au décès du conjoint ou à la maladie personnelle. Ces situations, plus fréquentes chez les personnes âgées, amènent des niveaux de stress moins élevés. En revanche, un déménagement impliquera un niveau de stress plus élevé chez les personnes âgées.

Tous les événements ont été regroupés sur une seule échelle appelée indice d'événements stressants* (FS = fréquence multipliée par le niveau de stress). Certains auteurs placent l'accent sur de la fréquence, d'autres sur les niveaux de stress associés; le regroupement proposé combine les deux. Dans une telle échelle, des éléments très fréquents ou très stressants ont donc un poids élevé. Ainsi un élément tel « malade au foyer » très fréquent à tous les âges et aussi très stressant a un poids considérable. Dans le tableau qui suit, la catégorie « aucun événement » correspond à un score 0. L'indice passe graduellement de faible à élevé, sous le double impact d'un calcul d'événements associés à des niveaux de stress élevés.

On constate que plus de la moitié de la population est soumise à un événement stressant quelconque; les personnes âgées, quant à elles, semblent avoir peu de chance d'y échapper. Sauf chez les personnes âgées, on constate qu'une fraction plus élevée de femmes que d'hommes tend à rapporter au moins un événement.

Tableau 41
Indice d'événements stressants* selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Groupe d'âge et sexe		Aucun événement	Score faible	Score moyen	Score élevé
15-24 ans	H	56,7	27,2	8,7	7,4
	F	53,9	23,0	12,2	10,9
25-44 ans	H	62,6	20,8	8,8	7,8
	F	59,4	19,3	12,0	9,3
45-64 ans	H	52,2	22,7	12,8	12,3
	F	50,9	19,5	15,8	13,8
65 et +	H	23,9	36,8	19,7	19,6
	F	28,0	27,0	18,8	26,2
Total	**H**	**55,1**	**24,1**	**10,8**	**10,0**
	F	**52,3**	**21,0**	**13,8**	**12,9**

Les niveaux les plus élevés de l'indice d'événements stressants* sont systématiquement dominés par les femmes, ce qui indique qu'elles sont

plus susceptibles de connaître plus d'événements, et que ceux-ci sont vécus de manière plus stressante. Ce phénomène est cohérent avec ce qui était signalé plus tôt, à savoir que les événements reliés à la morbidité et à la mortalité d'un tiers ont tendance à peser davantage sur les femmes, quel que soit le groupe d'âge.

Les risques de connaître un ou plusieurs événements s'élevant avec l'âge, on constate qu'une portion plus importante de la population âgée tend à afficher un niveau élevé à l'indice d'événements stressants.

L'impact de la scolarité* est très faible sur la fréquence et la perception des événements de la vie. On constate que les personnes ayant une scolarité faible subissent un peu plus d'événements stressants et les vivent un peu plus durement, mais les différences sont légères en comparaison d'autres variables. Les différences deviennent toutefois plus perceptibles lorsqu'on contrôle pour l'âge et le sexe. Ceci pourrait donc indiquer que, si la scolarité affecte faiblement l'ensemble des événements de la vie, il en serait autrement pour certains événements précis.

On retrouve régulièrement dans la littérature une argumentation voulant que les gens ayant un conjoint soient mieux à même de faire face aux événements de vie. En fait, si on exclut les veufs et les séparés, le croisement entre événements de vie et état matrimonial révèle peu de différences entre les personnes mariées et les personnes seules. Lorsqu'on contrôle l'âge et le sexe, certaines différences deviennent à peine plus perceptibles. On doit cependant ajouter que, par définition, les personnes seules ne sont pas exposées à certains des éléments les plus stressants (maladie au foyer, décès d'un conjoint, divorce).

Tableau 42
Indice d'événements stressants* selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec 1987

Niveau de revenu	Aucun événement	Score faible	Score moyen	Score élevé
Très pauvres	45,3	20,6	15,3	18,8
Pauvres	43,5	23,2	15,5	17,8
À revenus moyens	54,8	23,0	11,8	10,4
Riches	62,5	20,7	10,0	6,7
Total	**54,1**	**22,3**	**12,2**	**11,4**

Le revenu* est associé à la fréquence et à l'impact des événements de vie. Les deux groupes les plus pauvres sont à la fois nettement plus

susceptibles de connaître des événements stressants, et de les vivre de façon plus pénible, que ne le sont les personnes des catégories plus élevées. L'écart est moindre entre les personnes ayant des revenus moyens et élevés.

Si on contrôle l'âge et le sexe, les tendances demeurent strictement les mêmes.

Le statut d'activité semble avoir un effet déterminant sur la fréquence des événements de vie et le niveau de stress qu'ils entraînent. Les personnes au travail et aux études sont moins susceptibles d'être soumises à un événement stressant et, le cas échéant, les vivent de façon moins pénible. Les personnes à la maison (des femmes pour la plupart) présentent un niveau de stress un peu plus élevé que la moyenne. C'est toutefois chez les inactifs que l'impact des événements de vie est le plus important; ainsi, 26 % des personnes inactives pour raison de santé ont un score élevé de stress.

Tableau 43
Indice d'événements stressants* selon le statut d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Statut d'activité	Aucun événement	Score faible	Score moyen	Score élevé
Travail	62,9	20,0	10,1	7,0
Études	58,4	23,3	9,5	8,8
Tenir maison	49,9	21,7	14,3	14,1
Inactif, santé	30,5	28,1	15,0	26,4
Inactif, autres	29,8	30,0	19,0	21,2
Total	**53,6**	**22,5**	**12,4**	**11,5**

Lorsqu'on contrôle l'effet de l'âge et du sexe, les tendances demeurent et même deviennent encore plus nettes. Conformément à ce que laissait présager la littérature, une situation « anormale » (non usuelle) par rapport à son groupe d'âge ou son sexe tend à se traduire par un niveau de stress plus élevé. Il en est ainsi pour les femmes à la maison de 15-24 ans (et non pas celles de 25 et plus), les étudiants de 25-44 ans des deux sexes et les inactifs de moins de 65 ans.

Une question de Santé Québec portant sur le support effectif concerne le support en milieu de travail (question 136 QAA). Dans cette interprétation le support effectif montre peu de relation avec les autres variables. La population au travail concernée par cette question est d'ailleurs une des

moins vulnérable, mais il est vrai que ceux qui ont un bon support en milieu de travail semblent vivre un peu moins durement les événements stressants.

Il est toujours difficile de déterminer si un événement est déclaré stressant parce que l'individu est vulnérable, ou si celui-ci est vulnérable parce que soumis à des événements stressants. En introduisant un ordre d'entrée des phénomènes, il devient toutefois possible de dire quel aspect prédomine.

Santé Québec permet de déterminer trois catégories de population en regard des problèmes de santé: les individus atteints d'un problème de santé depuis plus de 12 mois, les individus affectés au cours de l'année et ceux ne signalant aucun problème. La même démarche a été suivie en ce qui touche la restriction d'activité.

Les personnes qui n'ont pas de problèmes de santé atteignent assez rarement un niveau élevé dans l'échelle de stress. La population atteinte depuis plus de 12 mois ressort comme étant plus vulnérable que celle atteinte récemment. Les tendances demeurent lorsqu'on contrôle l'âge et le sexe. La morbidité chronique semble donc avoir plus d'impact que la morbidité démentielle.

La restriction d'activité est un phénomène beaucoup moins répandu que les seuls problèmes de santé. Une notion de gravité y est plus présente.

Il n'est pas surprenant de constater que la relation est forte entre la restriction d'activité et un niveau de stress élevé. Il est cependant intéressant de noter que plus on est jeune, plus forte est l'association. Mais on sait que plus on avance en âge, plus les restrictions sévères tendent à se généraliser. On retient donc l'impression que la restriction d'activité, parce que peu usuelle chez les jeunes, est peut-être plus difficile à vivre.

3.3 Événements stressants anciens

Quatre questions portaient sur une rupture dans le tissu familial avant l'âge de 12 ans (questions 93 à 96 QAA*), rupture pouvant provenir soit du décès d'un des parents, d'un divorce ou encore d'un placement en foyer. Dans l'analyse des données, on ne fait pas la distinction entre les types de rupture. On oppose tous ceux qui ont connu au moins un de ces événements au reste de la population.

Tableau 44
Indice d'événements stressants* selon l'exposition à un événement stressant ancien (avant 12 ans), en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.

Événement stressant ancien	Aucun événement	Score faible	Score moyen	Score élevé
Au moins un événement	43,4	24,6	14,4	17,6
Aucun événement ancien	56,9	22,0	11,4	9,6

Ceux qui ont connu au moins une forme de rupture sont plus vulnérables. Ils sont à la fois plus susceptibles de vivre aujourd'hui un événement stressant et plus sensibles au stress qui en découle. On doit noter que 21 % des répondants ont connu au moins un événement, mais que 32 % des individus rapportant un niveau de stress élevé appartiennent à ce groupe.

Quels que soient l'âge et le sexe, une rupture familiale avant l'âge de 12 ans est susceptible de laisser des traces, bien qu'il y ait des variations sensibles entre les différents groupes d'âge et les sexes (résultats non présentés). Les effectifs étant nombreux, il est peu probable que le tout soit l'effet du hasard. Il est possible que les différentes formes de rupture n'aient pas toutes le même impact.

Conclusion sur l'environnement social

Le support social a pu être mesuré selon deux niveaux: celui de l'intégration sociale et celui de la satisfaction face au support. Six personnes sur 10 ont une intégration sociale élevée et seulement 10 % des gens sont insatisfaits de leur support social.

Tel que suggéré par les données de l'enquête Santé Québec et par la revue de la littérature, ces deux dimensions ne vont pas toujours dans le même sens. Les jeunes, parmi eux les étudiants, sont plus satisfaits de leur support social. Par ailleurs, les femmes à la maison sont moins satisfaites de leur support, confirmant ainsi le modèle de Barrera (1, 2, 3, 4).

Il faut noter que les gens affectés par des problèmes de santé ou restreints dans leurs activités sont plus insatisfaits de leur vie sociale. C'est le cas également des personnes qui ont subi un événement marquant avant l'âge de 12 ans, donc quand elles étaient très jeunes. L'âge joue un rôle prépondérant; plus on est âgé, plus on est exposé à certains événements de vie, et plus il est difficile de les vivre.

Les répondants réagissent très différemment à chacune des questions sur les événements de vie. L'impact de la mortalité et de la morbidité est particulièrement évident.

De tous les phénomènes recensés, l'événement « malade au foyer » est à mettre en lumière. Tous les groupes d'âge, y compris les jeunes, sont affectés. Sur ce plan, les femmes semblent porter un lourd fardeau: quel que soit l'âge, le niveau de stress associé reste élevé et constant. Même si les hommes semblent moins touchés, cet événement compte tout de même parmi les plus pénibles qu'ils aient à vivre, loin devant la retraite et la perte d'emploi.

La pauvreté fait courir un double risque, celui d'être soumis à une plus grande variété d'événements et celui de les ressentir plus durement. Il est également intéressant de noter qu'un statut inhabituel (femme à la maison chez les moins de 25 ans, étudiants de plus de 25 ans, etc.) est associé à une déclaration de stress élevé.

Il existe une relation entre l'insatisfaction vis-à-vis la vie sociale et un indice élevé sur l'échelle de stress, en particulier dans les groupes d'âge élevé. Il est toutefois impossible, dans une enquête transversale, de dire si c'est parce que l'on est insatisfait de sa vie sociale que l'on vit plus durement des événements stressants, ou l'inverse.

Les individus ayant eu un milieu familial perturbé dans leur jeune âge courent un risque accru de connaître certains événements stressants et de les vivre plus difficilement. Ces éléments devraient être explorés séparément (décès, divorce des parents, placement en famille d'accueil), afin de voir dans quelles circonstances ils deviennent plus perturbants.

Possibilité des données

Malgré les limites inhérentes à une enquête transversale pour des domaines comme le support social et les événements de vie, et malgré le caractère limité du champ couvert par le questionnaire, la présente section n'a pas épuisé toutes les possibilités d'analyse.

À partir du travail déjà réalisé, on pourrait explorer la possibilité de construire d'autres indices d'intégration sociale et de support effectif.

Dans la section des événements de vie stressants, des sous-indices de l'échelle de stress ont été créés mais non explorés; il s'agit de regroupements des événements reliés à la santé, au réseau social et au conjoint.

Une analyse plus spécifique pourrait se révéler pertinente. Enfin, on doit utiliser les différents indices en tentant d'éliminer les effets confondants.

Santé Québec recèle plusieurs « événements de vie » non classés comme tel (naissance, ménopause, etc). Les relations entre les événements de la vie, le support social et les phénomènes psycho-somatiques offrent d'intéressantes possibilités. Les rapports intra-familiaux peuvent aussi être explorés: le support social est-il équivalent pour tous les membres d'une même famille ?

Toute une littérature existe sur l'effet tampon du support social quant à l'impact des différents événements de vie. Certains soutiennent que l'effet peut être inversé. Le croisement de l'indice de stress avec les différentes dimensions du support social permettrait d'éclairer certains points.

Les relations entre les événements de vie, le support social et la santé physique et mentale ont été à peine effleurées. Les événements ayant trait à la rupture du tissu familial en bas âge devraient être explorés en soi et à titre de prédicteurs de trajectoire sociale (par exemples, le placement en famille d'accueil et la détresse psychologique, le divorce des parents et la consommation d'alcool).

Dans le contexte actuel, le poids des « malades au foyer » et le fardeau de la double tâche qu'il laisse pressentir devraient retenir l'attention. Le niveau excessivement élevé du stress, associé au divorce, chez les femmes de 25-44 ans gagnerait à être exploré.

Ce ne sont là que quelques exemples: Santé Québec offre beaucoup d'autres possibilités d'analyse.

Références

1. Barrera M. Jr., « Distinctions between social support concepts, measures, and models » in *American Journal of Community Psychology*, 1986, vol. 14, no 4, p. 413-445.

2. Barrera M. Jr. and S. L. Ainlay, « The structure of social support: a conceptual and empirical analysis » in *Journal of Community Psychology*, Vol. 11, avril 1983, p. 133-143.

3. Barrera M. Jr. and P. Balls, « Assesing social support as prevention resource: an illustrative study » in *Strategies for needs Assessment in prevention*, 1983, p. 59-74.

4. Blum H.L., *Planning for health, developmental application of social change theory*, Human Sciences Press, New York, 1974.

Bibliographie

Burke R. J. and T. Weir, « Marital helping relationships: the moderators between stress and well-being » *The Journal of psychology*, vol. 95, 1977, p. 121-130.

Cohen S. and H. M. Hoberman, « Positive events and social supports as buffers of Life change stress » *Journal of applied social psychology*, vol. 13, no 2, 1983, p. 99-112.

Defares P.B., Brandjes M., Nass C.H. TH., Van Der Ploeg J.D., « Coping styles, social support and sex-differences » Sarason I.G., Sarason B.R. (eds), *Social Support: theory, research and applications*, Boston, Martinus NijhoffPublishers, 1985, p. 173-186.

House J.S., Kahn R.L., McLeod J.D., Williams D., « Measures and concepts of social support » COHEN S., SYME S.L. (eds), *Social support and ealth*, New York, Academic Press Inc., 1985, p. 83-108.

Lin Nan, et al., « Social support, stressful life events, and illness: a model and an empirical test » *Journal of Health and Social Behavior*, 1979, no 20, p. 108-119.

Sandler I., Wolchik S., Braver S., « Social support and children of divorce » Sarason I.G., Sarason B.R. (eds), *Social support: theory, research and applications*, Boston, Martinus Nijhoff Publishers, 1985, p. 371-389.

Sandler I.N., Barrera M., « Toward a multimethod approach to assessing the effects of social support » *American Journal of Community Psychology*, 1984, no 12, 37-52.

Tousignant M., Hanigan D., *Comportements suicidaires et entourage social chez les cégepiens*, Recherche subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale, Montréal, Université du Québec à Montréal, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, 1986, 75 p.

Wilcox B.L., Vernverg E.M., « Conceptual and theorical dilemmas facing social support research » in SARASON I.G., SARASON B.R. *Social support: theory, research and applications*, Boston, Martinus Nijhoff Publishers, 1985, p. 3-20.

Les déterminants

Implications pour la planification et la prise de décision

Habitudes de vie

Le tabagisme et la consommation excessive d'alcool sont les deux habitudes de vie qui ont le plus bénéficié d'une intervention soutenue et systématique. L'offensive contre le tabagisme peut être aujourd'hui qualifiée de succès, tous les groupes (âge, sexe) de population ayant modifié leurs comportements dans le sens souhaité. Cette réussite devient donc une source d'enseignements. La consommation excessive d'alcool, qui n'a fait l'objet d'une campagne systématique que plus récemment, semble aussi commencer à décroître.

Les gains sont moins évidents eu égard aux autres habitudes de vie. Santé Québec désigne toutefois des clientèles à risque: les femmes et les allophones en ce qui touche l'obésité, les adultes d'âge mûr et les populations économiquement défavorisées pour l'activité physique. Les habitudes de vie plus difficiles à cerner comme l'usage de drogue, ou n'ayant bénéficié que d'un effort d'intervention réduit et souvent purement informatif, par exemple l'activité physique, restent plus problématiques.

Il ressort aussi que ces habitudes de vie, souvent qualifiées d'individuelles, sont fortement liées à des conditions sociales et économiques tels la pauvreté, le travail de nuit, une faible scolarité, et servent visiblement de « soupape » pour vivre des situations difficiles ou particulièrement stressantes. L'interrelation entre ces habitudes et leur concentration en certains milieux indiquent à la fois des clientèles à privilégier et des approches à développer qui tiennent compte des conditions sociales des individus.

La lutte contre le tabagisme a bénéficié d'abord d'un effort de recherche, puis d'information et de sensibilisation avant de réussir à s'appuyer sur une action intersectorielle développant des incitatifs (taxation, réglementation, législation). On peut penser que les autres habitudes ne connaîtront des gains appréciables que lorsque l'action tiendra compte de cette réalité, et optera pour des scénarios similaires.

Comportements préventifs

De tous les comportements préventifs recensés, le port de la ceinture de sécurité au volant est celui qui a enregistré les gains les plus impressionnants. C'est aussi celui qui a bénéficié de l'action la plus énergique, tant du point de vue législatif (application de la loi) qu'éducatif (promotion). Même les groupes où l'on compte le plus de déviants, les gros consommateurs d'alcool et les conducteurs de camion, sont très majoritairement respectueux de cette règle.

En fait, en ce qui concerne les véhicules à moteur, seuls les individus utilisant un véhicule tout-terrain (VTT) semblent loin du comportement souhaité. Mais c'est aussi dans ce secteur que les efforts de correction ont été les plus récents et les moins soutenus, les véhicules tout-terrain n'ayant fait leur apparition massivement qu'au cours des cinq dernières années. De plus la nouvelle législation fédérale n'avait pu avoir d'impact au moment de l'enquête.

Malgré des gains importants, les comportements préventifs spécifiques aux femmes laissent voir des écarts sensibles entre groupes socio-économiques. Visiblement l'information et la sensibilisation des clientèles les plus à risque peuvent être développées. Ainsi la consommation de services ambulatoires chez les femmes étant assez systématique, on pourrait possiblement recourir davantage au réseau (cabinets de médecins, CLSC, etc.) afin d'atteindre les clientèles visées.

Environnement social

Cette dimension était jusqu'à tout récemment peu étudiée. L'absence de données comparatives réduit aussi les possibilités de vérification. Il est toutefois saisissant de noter que, malgré les limites des indices utilisés et leur caractère assez grossier, les éléments relatifs au support social et aux événements de la vie sont associés aux indicateurs de santé. Lorsque l'analyse permet de le faire, les indicateurs de l'environnement social apparaissent liés plus étroitement à la santé que ne le sont plusieurs des habitudes de vie. Cependant le caractère assez nouveau de ce volet fait qu'on connaît mal les possibilités d'action.

Santé Québec a mis en relief le niveau de stress qu'occasionne la présence d'un malade au foyer. Dans un contexte de désinstitutionnalisation et de prise en charge par le milieu, le tout dans un climat de « réalisme budgétaire », l'impact d'une telle situation laisse songeur. Il est probable que tous les types de malade ne représentent pas une charge identique. L'analyse des résultats laisse entrevoir qu'une désinstitutionnalisation « économique » se fera aux dépens des femmes d'abord, mais heurtera aussi un éventail assez large de population et ce à tous les âges.

On doit aussi retenir que si le support social peut jouer un rôle de tampon, une restriction d'activité tend à long terme à amoindrir ce support. Dans le cadre des programmes visant les clientèles restreintes dans leurs activités, les aspects de suivi et de soutien prennent tout leur sens.

La rupture du tissu familial avant l'âge de 12 ans, quelle qu'en soit la source (deuil, séparation, placement), devra être approfondie dans ses

conséquences, Santé Québec laissant entrevoir des séquelles à très long terme. C'est en particulier dans ce type de situation qu'une approche par « facteurs de protection », plutôt que par « facteurs de risque », trouve sa pertinence.

Par ailleurs, un statut « marginal » par rapport à son groupe (âge/sexe) semble particulièrement préjudiciable en termes de stress; ces clientèles pourraient faire l'objet de programmes spécifiques. Si veuvage signifie aussi déménagement, pauvreté, isolement, il est clair que l'impact sera considérable. La place faite aux groupes d'entraide et les conditions aménagées pour les passages difficiles sont des éléments importants à considérer.

PARTIE 2

L'état de santé

Des mesures de l'état de santé

L'état de santé

Pour évaluer l'état de santé de la population québécoise, Santé Québec utilise un certain nombre de mesures descriptives globales ainsi que des indicateurs spécifiques. Quelques-unes d'entre elles sont présentées dans ce chapitre: ce sont les principaux problèmes de santé, la santé mentale, les accidents et l'indice de santé globale*. On y retrouve également la mesure de quelques problèmes sociaux de même que la perception qu'ont les Québécois de leur propre santé.

Chacun de ces thèmes est examiné en fonction des principales caractéristiques socio-démographiques et, à certains moments, en relation avec les déterminants présentés dans la première partie. Dans plusieurs cas, une comparaison avec d'autres enquêtes menées antérieurement permet d'ajouter un aspect évolutif à l'analyse.

Les données sur la santé globale, sur les problèmes de santé et sur les accidents proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)* et présentent donc des résultats sur l'ensemble de la population. La santé mentale et la perception de la santé sont analysées à partir de questions du QAA* et couvrent par conséquent les personnes âgées de 15 ans et plus. Les données sur les problèmes sociaux ont été recueillies à partir d'une méthode particulière dite la « méthodologie des tiers ». Cette méthode est évaluée et discutée à partir des principaux résultats obtenus.

L'analyse qui suit ne couvre pas l'ensemble des possibilités du matériel de l'enquête; elle en présente une partie seulement, celle qui a été jugée la plus pertinente par ses auteurs. Certaines données sont présentées ici sous forme de graphiques et de tableaux; d'autres, ayant servi à l'analyse, se retrouvent dans l'annexe statistique.

Chapitre 4

Santé Physique

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Madeleine Levasseur, MSSS, Direction de l'évaluation
— problèmes de santé

Pierre Ferland, DSC de l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville
— indice de santé globale

Chantal Langevin, DSC de l'Hôtel-Dieu de Lévis
— accidents

Diane Cyr, Université McGill
Christine Ross, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie
— santé des travailleurs

Consultant(e)s
— Guylaine Landry-Frechette, DSC de l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville

— Pierre Levasseur, DSC de l'Hôpital Ste-Croix de Drummondville

— Véronique Déry, DSC de la Cité de la santé

— Odette Laplante, DSC de l'Hôtel-Dieu de Lévis

— Anne Gauthier, CASF

— François Hébert, IRSST

— Patrice Duguay, IRSST

4.1 Fréquence et nature des problèmes de santé

Les données sur la fréquence et la nature des problèmes de santé proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI). Comme les questions sont posées à une seule personne qui répond pour les membres du foyer, les problèmes se trouvent plus souvent rapportés par un tiers que par l'individu lui-même, ce qui n'exclut pas qu'ils aient été diagnostiqués antérieurement par un professionnel de la santé.

Les problèmes de santé sont tirés des sections I à VIII du QRI et ils ont été recueillis à partir de différentes approches: incapacités, recours aux services, prise de médicaments, maladies chroniques etc.

Dans le but de faciliter la comparaison avec l'Enquête Santé Canada et éventuellement avec d'autres sources de données, la neuvième révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) a été utilisée pour le codage des problèmes de santé. Les maladies et symptômes ont été regroupés en catégories, selon la nature des problèmes; le regroupement comporte 26 catégories, incluant une classe « autres » qui comprend des problèmes à faible incidence et représente 10 % des conditions pathologiques rapportées.

La majorité des catégories intègrent les mêmes codes CIM-9 que ceux utilisés dans l'Enquête Santé Canada. Quelques catégories ne sont pas tout à fait comparables en raison de différences dans la formulation de certaines questions ou dans la manière de coder ou de compter les conditions, ce qui a pour conséquence une surestimation de la fréquence des problèmes de santé dans certaines catégories et une sous-estimation dans d'autres par rapport à Santé Canada de 1978-1979.

Problèmes surestimés par rapport à Santé Canada

— **Les troubles mentaux**. Rappelons qu'un des objectifs de Santé Québec est de mieux cerner les problèmes de santé mentale. La section consacrée aux maladies chroniques comprend quatre questions portant sur les troubles mentaux, comparativement à une seule dans l'enquête canadienne. On obtient par conséquent une meilleure déclaration des problèmes.

— **Les maux de tête**. L'explication peut se trouver dans la définition du problème qui est plus englobante dans l'enquête québécoise (migraines ou maux de tête fréquents) que dans Santé Canada (migraines fréquentes).

— **Les traumatismes.** Santé Québec a une meilleure couverture de la fréquence des traumatismes que l'Enquête Santé Canada. Cette dernière

utilise une période de rappel plus courte; par contre, les répondants de l'enquête québécoise pourraient avoir inclus des accidents qui se sont produits au-delà des 12 derniers mois.

— **Rhume des foins et allergies.** Dans l'Enquête Santé Canada, ces deux conditions font partie d'une même question (section des problèmes de santé chroniques) alors que l'enquête Santé Québec les considère séparément. Or ce sont souvent les mêmes personnes qui sont affectées par ces deux problèmes. On pourrait les retrouver dans les deux catégories de la présente enquête.

Problèmes sous-estimés par rapport à Santé Canada

— **Les troubles de la dentition.** Contrairement à l'enquête canadienne, Santé Québec ne considère pas les visites de routine chez le dentiste en tant que problème de santé.

— **Les troubles de la vision et de l'audition.** Dans l'enquête Santé Québec, ces catégories concernent plus spécifiquement les maladies de l'oeil et de l'oreille, tandis que l'Enquête Santé Canada y intègre les déficiences visuelles et auditives, recensées dans une section qui s'adresse à tous les sujets. Dans Santé Québec, cette section ne s'adresse qu'aux personnes âgées de 15 ans et plus. Les problèmes dénombrés ne peuvent donc pas être intégrés à la classification des maladies et symptômes qui s'applique à l'ensemble de la population.

Ces grandes catégories de problèmes, surestimés ou sous-estimés dans Santé Québec, représentent dans les deux enquêtes le même pourcentage, soit 34 % du nombre total de problèmes déclarés, ce qui permet la comparaison à ce niveau. Par groupe d'âge cependant, elles représentent des proportions fort variables, de 20 % à 50 % de variations, empêchant ainsi toute comparaison de la prévalence de l'ensemble des problèmes.

La faiblesse des effectifs québécois par tranche d'âge dans l'Enquête Santé Canada constitue une autre limite au rapprochement des résultats entre les deux enquêtes. La comparaison ne peut se faire que pour les deux sexes réunis et pour les problèmes les plus fréquents d'un groupe d'âge donné.

En ce qui concerne les problèmes de santé, l'échantillon de Santé Québec est constitué par les 32 003 individus inscrits au QRI. Les renseignements portent sur l'ensemble de cette population.

Au moment de l'entrevue, plus de la moitié de la population, (54,5 %) a déclaré au moins un **problème de santé**, aigu ou chronique.

Tableau 45
Fréquence des problèmes de santé selon le sexe, en pourcentage, Québec, 1987

Problèmes de santé	Hommes	Femmes	Total
Au moins un problème	49,4	59,4	54,5
• Un problème	27,5	27,0	27,2
• Plus d'un problème	21,9	32,4	27,3
Aucun problème	50,6	40,6	45,5
Total	**100,0**	**100,0**	**100,0**

Rappelons que ces problèmes ont été déclarés en raison de leur chronicité ou parce qu'ils ont amené une consultation médicale, une consommation de médicaments ou une limitation d'activité. Chez les femmes, la proportion s'élève à 59,4 % tandis qu'elle est de 49,4 % chez les hommes. Le pourcentage d'individus ayant au moins un problème de santé augmente avec l'âge; de 40 % chez les 0 à 14 ans, il passe à 54 % chez les 25-44 ans pour atteindre 80 % chez les 65 ans et plus.

On recense 1,1 problème par individu; le nombre moyen étant de 1,3 chez les femmes et de 0,9 chez les hommes. La fréquence des problèmes s'accroît avec l'âge: les 65 ans et plus signalent quatre fois plus de problèmes par personne (2,3) que les moins de 15 ans (0,56).

Par rapport à l'Enquête Santé Canada, on observe un accroissement de la proportion de Québécois qui ont déclaré des problèmes de santé (54,5 % contre 50,8 %) et du nombre de problèmes par individu (1,1 contre 1,0). La moitié de cette augmentation est due au vieillissement, selon les techniques de standardisation habituelles.

Les problèmes les plus fréquents sont les affections ostéo-articulaires (arthrite et rhumatisme, maux de dos), les troubles mentaux, les maux de tête, les affections cutanées, les allergies, le rhume des foins, les troubles cardio-vasculaires (hypertension, maladies cardiaques) et les traumatismes.

Après l'arthrite et le rhumatisme qui se situent au premier rang chez les personnes des deux **sexes**, les maux de tête, les troubles mentaux, les allergies et affections cutanées et l'hypertension constituent, par ordre d'importance, les problèmes les plus fréquents chez les femmes, tandis que chez les hommes ce sont les maux de dos, les allergies et affections cutanées, les traumatismes et les troubles mentaux.

Non seulement les femmes sont plus nombreuses à déclarer des problèmes, mais elles déclarent également plus de problèmes dans la

majorité des catégories d'affections. La fréquence est plus élevée chez les hommes dans trois catégories seulement des 26 regroupements de pathologies, soient les traumatismes (6,3 contre 4,2 pour 100 personnes), les ulcères gastriques et duodénaux (1,8 contre 1,4) et les troubles de l'audition (1,4 contre 1,2).

Tableau 46
Prévalence des problèmes de santé selon le sexe, Québec, 1987

	Problèmes pour 100 personnes		
Problèmes de santé	**Hommes**	**Femmes**	**Total**
Arthrite et rhumatisme	7,5	13,5	10,6
Troubles mentaux	6,2	11,2	8,8
Maux de tête	5,0	11,5	8,3
Allergies et affections cutanées	6,4	8,9	7,7
Maux de dos	7,0	7,5	7,2
Hypertension	4,7	7,8	6,3
Rhume des foins	6,0	6,2	6,1
Allergies	4,6	7,4	6,0
Traumatismes	6,3	4,3	5,3
Maladies cardiaques	4,0	4,3	4,1
Troubles digestifs fonctionnels	2,8	5,2	4,0
Asthme, bronchite, emphysème	3,8	4,1	3,9
Grippe	3,4	4,0	3,7
Affections respiratoires aiguës	3,3	3,3	3,3
Autres troubles digestifs	1,6	2,7	2,2
Malaise et fatigue	0,9	2,6	1,8
Tr. des organes génitaux féminins	0,0	3,2	1,6
Diabète	1,4	1,8	1,6
Ulcères gastriques et duodénaux	1,8	1,4	1,6
Troubles de l'audition	1,4	1,2	1,3
Troubles de la thyroïde	0,4	2,3	1,3
Anémie	0,4	2,2	1,3
Troubles de la vision	1,0	1,3	1,2
Troubles de la dentition	1,0	1,2	1,1
Autres affections ostéo-articulaires	0,5	1,3	0,0
Autres	9,6	12,8	11,3
Total	**90,9**	**133,2**	**112,5**

Note: Le TOTAL peut être supérieur à 100 % parce que les personnes peuvent avoir plus d'un problème de santé.

Parmi les problèmes à fréquence élevée où les femmes sont surreprésentées de façon importante, on peut mentionner l'arthrite et le rhumatisme (13,5 pour les femmes contre 7,5 pour les hommes), les troubles mentaux (11,2 contre 6,2), les maux de tête (11,4 contre 5,0), l'hypertension (7,9 contre 4,6), les troubles digestifs autres que les ulcères de l'estomac et du duodenum (7,9 contre 4,4).

Enfin on peut ajouter trois types de problèmes à plus faible fréquence mais dont l'écart entre les sexes est très élevé: les troubles de la thyroïde sont signalés neuf fois plus souvent chez les femmes que chez les hommes, l'anémie six fois plus souvent et les symptômes de malaise et fatigue trois fois plus souvent.

La fréquence de la plupart des problèmes de santé augmente avec l'**âge** mais évolue quelquefois en sens inverse.

En 1987, l'enquête Santé Québec révèle que 40 % **des enfants de moins de 15 ans** éprouvait au moins un problème de santé. Les conditions les plus fréquemment rapportées sont les affections cutanées, les divers problèmes respiratoires (affections aiguës, influenza, rhume des foins, asthme, bronchite et emphysème), les allergies, les traumatismes et les troubles auditifs, ce qui représentent les deux tiers des problèmes de santé des enfants. On note une surreprésentation masculine pour ce groupe

Tableau 47
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, Québec, 1987

Principaux problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes		
	Garçons	Filles	Total
Allergies et affections cutanées	8,2	8,3	8,3
Affections respiratoires aiguës	6,9	5,3	6,1
Allergies	5,9	6,3	6,1
Grippe	4,8	4,9	4,9
Asthme, bronchite et emphysème	4,8	3,5	4,1
Traumatismes	4,2	3,1	3,7
Rhume des foins	3,9	2,7	3,3
Troubles de l'audition	3,1	2,5	2,8
Troubles de la dentition	1,7	1,7	1,7
Maux de tête	1,4	1,9	1,6
Ensemble des problèmes	**57,7**	**54,0**	**55,9**

d'âge; elle se manifeste plus particulièrement dans les cas de l'asthme, de la bronchite et de l'emphysème, du rhume des foins et des traumatismes.

Par rapport à l'Enquête Santé Canada, on peut comparer les affections respiratoires (excluant le rhume des foins et les allergies) et les affections cutanées qui, dans les deux enquêtes, comptent parmi les problèmes les plus fréquents. Entre 1978-1979 et 1987, leur fréquence calculée pour 100 personnes est passée de 10,6 à 15,1 dans le premier cas et de 6,7 à 8,3 dans le second.

Dans le groupe des adolescents et des jeunes adultes âgés de **15 à 24 ans**, 52 % des femmes et 40 % des hommes signalent au moins un problème de santé. Environ le tiers des problèmes des jeunes des deux sexes est attribuable, à part presque égale, au rhume des foins, aux affections cutanées et aux allergies. Suivent les maux de tête (2,8 fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes), les troubles mentaux (1,5 fois plus fréquents chez les femmes), les traumatismes (2 fois plus fréquents chez les hommes) et enfin les maux de dos avec une prévalence semblable pour les deux sexes.

Tableau 48
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, Québec, 1987

Principaux problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes		
	Hommes	Femmes	Total
Rhume des foins	9,8	10,4	10,1
Allergies et affections cutanées	6,6	10,2	8,4
Allergies	6,2	10,1	8,1
Maux de tête	4,0	11,0	7,5
Traumatismes	8,8	4,4	6,6
Troubles mentaux	3,6	5,4	4,5
Maux de dos	3,8	3,6	3,7
Grippe	3,2	3,9	3,6
Affections respiratoires aiguës	2,8	3,9	3,3
Asthme, bronchite et emphysème	2,6	3,8	3,2
Ensemble des problèmes	**64,3**	**97,1**	**80,5**

Les seules catégories de problèmes comparables pour ce groupe d'âge avec l'enquête de 1978-1979 sont les affections de la peau qui diminuent de près de 30 % (passant de 11,5 à 8,4), les affections respiratoires

(excluant le rhume des foins et les allergies) qui passent de 7,1 à 10,1 et les maux de dos et autres affections ostéo-articulaires qui restent à peu près stationnaires chez un peu plus de 40 % de la population.

Près de 61 % des femmes et 47 % des hommes âgés de **25 à 44 ans** déclarent des problèmes de santé. Comparativement aux 15 à 24 ans, les maux de tête, les maux de dos et les troubles mentaux occupent les trois premiers rangs alors que la prévalence est plus faible pour le rhume des foins, les affections cutanées, les allergies et les traumatismes.

L'arthrite et le rhumatisme émergent comme problèmes importants.

On note une fois de plus la prédominance de problèmes chez les femmes dans toutes les classes de pathologies, à l'exception des traumatismes, des ulcères de l'estomac et du duodénum, et des maux de dos.

Comparativement à l'Enquête Santé Canada, on peut souligner une augmentation de la prévalence des maux de dos et des autres affections ostéo-articulaires qui passe de 9,0 à 10,8 pour 100 personnes et celle des affections cutanées qui passe de 7,2 à 8,3.

Tableau 49
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, chez les adultes âgés de 25 à 44 ans, Québec, 1987

Principaux problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes		
	Hommes	Femmes	Total
Maux de tête	7,6	18,0	12,8
Maux de dos	10,1	9,7	9,9
Troubles mentaux	5,8	10,9	8,4
Rhume des foins	8,0	8,8	8,4
Allergies et affections cutanées	5,9	10,7	8,3
Arthrite et rhumatisme	5,8	7,7	6,7
Allergies	5,0	8,4	6,7
Traumatismes	6,9	3,9	5,4
Troubles digestifs fonctionnels	2,4	5,2	3,8
Grippe	2,9	3,8	3,4
Ensemble des problèmes	**83,0**	**128,3**	**105,8**

Note: Le total « ENSEMBLE DES PROBLÈMES » peut être supérieur à 100 % parce que les personnes peuvent avoir plus d'un problème de santé.

Chez les adultes âgés de **45 à 64 ans**, la proportion des individus qui ont des problèmes de santé s'élève à 71 % pour les femmes et à 58 % pour les hommes. Pour ce groupe d'âge, les maladies et les symptômes le plus souvent déclarés sont l'arthrite et le rhumatisme, l'hypertension, les troubles mentaux, les maux de tête, les maux de dos et les maladies cardiaques. Les femmes déclarent toujours plus de problèmes que les hommes, sauf pour les maladies cardiaques, quoique l'écart entre les sexes s'amenuise par rapport aux groupes d'âge plus jeunes. C'est aussi dans ce groupe d'âge que les troubles associés aux organes génitaux féminins atteignent leur plus forte prévalence (5,3).

Parmi les problèmes qui semblent décroître depuis 1978-1979, on peut mentionner l'ensemble des affections ostéo-articulaires qui passent de 39,8 à 33,7 pour 100 personnes, les maladies cardiaques qui passent de 9,0 à 7,7, l'asthme, la bronchite et l'emphysème qui passent de 7,9 à 4,4. Quant à la prévalence de l'hypertension, elle demeure stable.

Tableau 50
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, Québec, 1987

Principaux problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes		
	Hommes	Femmes	Total
Arthrite et rhumatisme	13,6	27,4	20,7
Hypertension	11,3	16,8	14,3
Troubles mentaux	9,8	17,5	13,8
Maux de dos	11,1	12,0	11,6
Maux de tête	5,8	13,0	9,5
Maladies cardiaques	8,5	7,0	7,7
Traumatismes	6,7	5,2	5,9
Allergies et affections cutanées	4,3	6,6	5,5
Troubles digestifs fonctionnels	3,8	6,5	5,2
Asthme, bronchite et emphysème	4,4	4,5	4,4
Ensemble des problèmes	**118,3**	**180,9**	**150,6**

Note: Le total « ENSEMBLE DES PROBLÈMES » peut être supérieur à 100 % parce que les personnes peuvent avoir plus d'un problème de santé.

Quatre personnes sur cinq, âgées **de 65 ans et plus**, sont touchées à un moment quelconque par des problèmes de santé dont la moitié consiste en affections ostéo-articulaires, maladies cardio-vasculaires (maladies cardia-

ques et hypertension) et troubles mentaux. Les maladies digestives, les affections cutanées, l'asthme, la bronchite et l'emphysème et le diabète comptent pour 17 % des problèmes de la population âgée. L'écart entre les hommes et les femmes est réduit de moitié par rapport au groupe d'âge précédent.

Tableau 51
Prévalence des principaux problèmes de santé selon le sexe, chez les adultes âgés de 65 ans et plus, Québec, 1987

Principaux problèmes de santé	Problèmes pour 100 personnes		
	Hommes	Femmes	Total
Arthrite et rhumatisme	29,0	43,1	37,2
Hypertension	19,1	34,0	27,8
Troubles mentaux	18,0	27,2	23,3
Maladies cardiaques	23,5	20,8	21,9
Troubles digestifs fonctionnels	8,6	13,6	11,5
Maux de dos	7,9	10,6	9,5
Asthme, bronchite et emphysème	11,8	6,0	8,4
Allergies et affections cutanées	7,9	6,6	7,1
Diabète	5,5	7,2	6,5
Autres troubles digestifs	4,2	6,6	5,6
Ensemble des problèmes	**201,0**	**254,3**	**232,0**

Note: Le total « ENSEMBLE DES PROBLÈMES » peut être supérieur à 100 % parce que les personnes peuvent avoir plus d'un problème de santé.

Depuis 1978-1979, la fréquence des affections ostéo-articulaires apparait stable tandis que celle des affections cardio-vasculaires augmente. Dans ce dernier cas, l'accroissement est attribuable aux maladies cardiaques qui passent de 16,3 à 21,9 plutôt qu'à l'hypertension qui n'augmente que de 1,5 pour 100 personnes. On peut également souligner une hausse des troubles digestifs fonctionnels (9,8 à 11,5) et du diabète (5,3 à 6,5) ainsi qu'une tendance à la baisse de l'asthme, de la bronchite et de l'emphysème (12,1 à 8,4).

Il semble que la prévalence de la plupart des problèmes de santé soit plus élevée dans les classes les plus défavorisées économiquement que dans les classes les plus riches. Les troubles suivants sont deux fois plus fréquents chez les pauvres: les troubles mentaux, les maladies cardiaques, l'asthme, la bronchite et l'emphysème, les ulcères de l'estomac et du duodénum, les troubles de la vision et l'anémie. Les seuls problèmes les

plus fréquents dans les classes à hauts revenus sont le rhume des foins, les allergies, les troubles de la dentition et les affections des organes génitaux féminins. Il faut toutefois souligner que la structure d'âge diffère selon les catégories de revenu.

Le fait qu'il y ait plus de personnes âgées chez les pauvres que chez les riches peut expliquer une partie des écarts observés.

La prévalence des problèmes de santé varie aussi en fonction des divers statuts ou types d'**activité** des individus.

Les enfants, les jeunes aux études, les hommes et les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer sont les groupes qui déclarent le moins de problèmes de santé.

Les femmes qui tiennent maison (il y a peu d'hommes qui exercent ce type d'activité) déclarent plus de problèmes de santé que les femmes qui occupent un emploi à l'extérieur du foyer (1,7 problème par personne comparativement à 1,2); cette différence pourrait néanmoins tenir au fait que les premières sont généralement plus âgées.

Le profil de morbidité des personnes inactives pour des raisons de retraite, de chômage ou parce qu'elles sont prestataires de l'aide sociale, et dont les deux tiers sont âgées de 45 ans et plus, est similaire à celui observé chez l'ensemble des personnes du même groupe d'âge.

Par contre, les personnes inactives pour des raisons de santé (environ 20 % d'entre elles sont âgées de 65 ans et plus) se démarquent des autres personnes d'âge semblable quant à la fréquence de certains problèmes de santé. Cinq catégories de problèmes comptent à elles seules pour près de la moitié des problèmes signalés: les troubles mentaux (31,0 pour 100 personnes), l'arthrite et le rhumatisme (31,0), les traumatismes (23,0), les maladies cardiaques (21,0) et les maux de dos (19,0).

D'autre part, les problèmes de santé les plus fréquents chez les personnes actives, qui travaillent à l'extérieur du foyer, sont les problèmes respiratoires, suivis des problèmes de dos, des lésions et accidents divers et des accidents de travail (les accidents sont traités à la section 4.2).

Les cols bleus semblent souffrir davantage de problèmes respiratoires que les cols blancs, et les hommes plus que les femmes, quoique ces résultats ne tiennent pas compte de diverses variables confondantes, dont le tabagisme. En outre, la prévalence élevée de ces mêmes problèmes chez

les femmes qui travaillent dans les secteurs de la construction et du transport est probablement un artefact dû au petit nombre de répondantes.

Enfin, les problèmes auditifs semblent relativement peu fréquents dans la population active (0,7 pour 100 personnes, hommes ou femmes), bien qu'ils augmentent avec l'âge. Les plus touchés sont les hommes âgés de 55 à 64 ans occupant des emplois dans le secteur de la transformation (6,0 pour 100 hommes), ainsi que les femmes du même groupe d'âge dans des emplois de direction et d'administration (17,0 pour 100 femmes). Dans ce dernier cas, la prévalence élevée surprend en regard de la nature de l'emploi, et reste à investiguer.

Résumé

En 1987, un peu plus de la moitié de la population québécoise déclare souffrir d'au moins un problème de santé, quelle qu'en soit la gravité, ce qui constitue une légère augmentation depuis l'Enquête Santé Canada. Il est à noter qu'une bonne partie de cette augmentation est due au vieillissement de la population depuis 1978. Certaines affections sont demeurées stables durant cette période, ce sont l'arthrite et le rhumatisme, l'hypertension et le diabète; d'autres semblent augmenter, tels les troubles mentaux, les maladies cardiaques et les affections respiratoires aiguës; enfin l'asthme, la bronchite et l'emphysème accusent une diminution. La comparaison entre les deux enquêtes ne tient pas compte cependant des différences de terminologies, de méthodes et de codages qui pourraient expliquer une partie des variations.

La proportion de personnes qui ont des problèmes de santé augmente avec l'âge et, à partir de 15 ans, les femmes déclarent plus de problèmes que les hommes.

Les problèmes les plus fréquents sont les affections ostéo-articulaires (arthrite et rhumatisme, maux de dos), les troubles mentaux et les maux de tête. Ce portrait d'ensemble varie toutefois selon l'âge; jusqu'à l'âge de 45 ans, les hommes et les femmes souffrent principalement d'affections aiguës ou de courte durée, particulièrement de problèmes respiratoires et cutanés, de traumatismes et de maux de tête. À partir de 45 ans, les problèmes chroniques deviennent prédominants et enfin, à 65 ans, quatre personnes sur cinq sont touchées par des problèmes de santé qui sont, dans la moitié des cas,

les affections ostéo-articulaires, les maladies cardio-vasculaires et les troubles mentaux.

Les personnes plus défavorisées économiquement ont plus de problèmes de santé que les plus riches, particulièrement au chapitre des affections les plus sévères, tels que les troubles mentaux et les maladies cardiaques. Chez les travailleurs et les travailleuses, on note une plus grande représentation des problèmes respiratoires, des maux de dos et des accidents. Les quelques observations concernant la population active du Québec ont permis de confirmer certains résultats connus dans le domaine de la santé au travail et publiés par l'IRSST (1, 2, 3). Il en est ainsi, par exemple, de la prévalence de certains problèmes de santé plus élevés chez les cols bleus que chez les cols blancs (problèmes respiratoires) et plus élevés chez les hommes que chez les femmes.

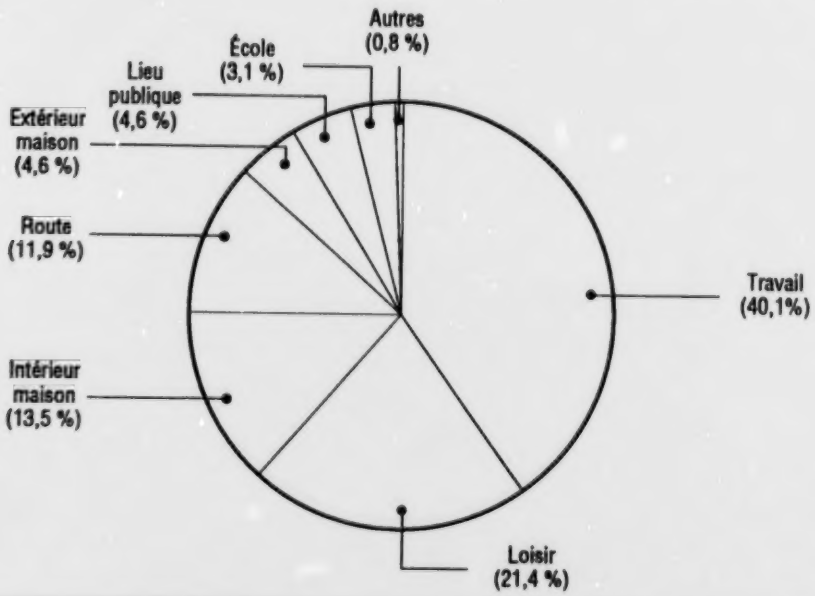
4.2 Accidents

La question sur les accidents (section IV du questionnaire rempli par l'intervieweur) traite de ceux qui ont causé des blessures assez graves pour obliger la personne à limiter ses activités normales. Elle permet de spécifier s'il s'agit d'un accident de la route, de travail, ou d'un autre genre d'accidents. Dans ce dernier cas, les catégories retenues sont formées des accidents survenus à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison, dans un lieu de loisir ou de sport, dans un lieu public (trottoir, square, édifice public, centre commercial, banque et autres), à l'école ou dans d'autres endroits.

Cette partie du questionnaire s'adresse aux personnes de tous âges ayant subi un ou plusieurs accidents au cours des 12 mois précédant l'interview, ce qui représente près de 5 % de l'échantillon. Conséquemment, certaines analyses ne pourront être faites en raison d'un nombre limité de sujets dans chaque catégorie d'accidents.

Graphique 7

Répartition des accidents selon le lieu, Québec, 1987



Dans l'analyse qui suit, les données représentent le nombre d'accidents et non pas le nombre de personnes impliquées, une personne pouvant avoir subi plus d'un accident au cours de l'année. De plus, les accidents ayant causé des décès ne sont pas inclus.

Dans l'ensemble, 40 % de tous les accidents sont des accidents de travail, 20 % sont des accidents de loisir ou de sport, 13,5 % des accidents se produisant à l'intérieur de la maison et près de 12 % sur la route. On retrouve ainsi près de quatre fois plus d'accidents de travail que d'accidents routiers.

Plus d'un quart de million d'accidents (266 896) furent déclarés au sein de la population québécoise en 1987, soit un accident par 24 Québécois. Les accidents de travail sont les plus fréquents, avec près de deux accidents pour 100 personnes.

Tableau 52
Taux d'accidents selon le lieu et le sexe, Québec, 1987

	Accidents pour 100 personnes				
Sexe	**Accidents de travail**	**Accidents de la route**	**Autres accidents**	**Ensemble des accidents**	**Population estimée**
H	2,6	0,5	2,2	5,3	168 824
F	0,7	0,5	1,8	3,0	98 071
Total	**0,5**	**1,7**	**2,2**	**4,1**	**266 896**

En deuxième lieu viennent les accidents de loisir ou de sport (un accident pour 100 personnes) suivis de ceux qui sont survenus à l'intérieur de la maison (0,6) et sur les routes (0,5).

Les hommes ont près de deux fois plus d'accidents que les femmes, soit 5,3 pour 100 hommes comparativement à 3,0 pour 100 femmes.

Chez les hommes, les accidents les plus fréquents sont ceux reliés au travail (2,6); viennent ensuite les accidents de loisir ou de sport, les accidents de la route et ceux qui surviennent à l'intérieur de la maison avec des taux respectifs de 0,5.

Chez les femmes, il n'existe pas beaucoup d'écart entre les différents types d'accidents: accidents de travail (0,7), de loisir ou de sport (0,6), à l'intérieur de la maison (0,6) et sur la route (0,5).

Les plus grandes disparités entre les **hommes** et les **femmes** se retrouvent au niveau des accidents de travail, où les hommes sont victimes de près de quatre fois plus d'accidents que les femmes, et dans les accidents de loisir ou de sport qui sont presque deux fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Près d'un **enfant** sur cent est victime d'un accident de loisir ou de sport. Les taux concernant les accidents qui surviennent à l'école et à l'intérieur de la maison (0,4 respectivement) ont aussi leur importance.

Entre **15 et 24 ans**, les accidents de travail (1,8) et de loisir ou de sport (1,7) sont les plus fréquents, suivis des accidents de la route (1,2). Les jeunes sont deux fois plus touchés que la moyenne de la population par les accidents de la route et par ceux de loisir ou de sport.

Chez les adultes de **25-44 ans**, le taux des accidents de travail est de 3,0 pour 100 personnes, ce qui représente la majorité des accidents. Plusieurs d'entre eux se blessent aussi en pratiquant un sport ou un loisir (0,8) et sur la route (0,8).

Ce sont aussi les accidents de travail qui prédominent chez les personnes âgées de **45 à 64 ans**(1,8). Le taux des accidents de loisir ou de sport ainsi que celui se rapportant aux accidents qui surviennent à l'intérieur de la maison sont semblables à ceux du groupe des 25-44 ans.

Enfin, chez les personnes âgées de *65 ans et plus*, les accidents se produisent principalement à l'intérieur de la maison et dans les lieux publics. Au cours d'une année, près d'un accident pour 100 personnes âgées survient à l'intérieur de la maison et 0,5 dans un lieu public, soit près de deux fois plus que la population en général.

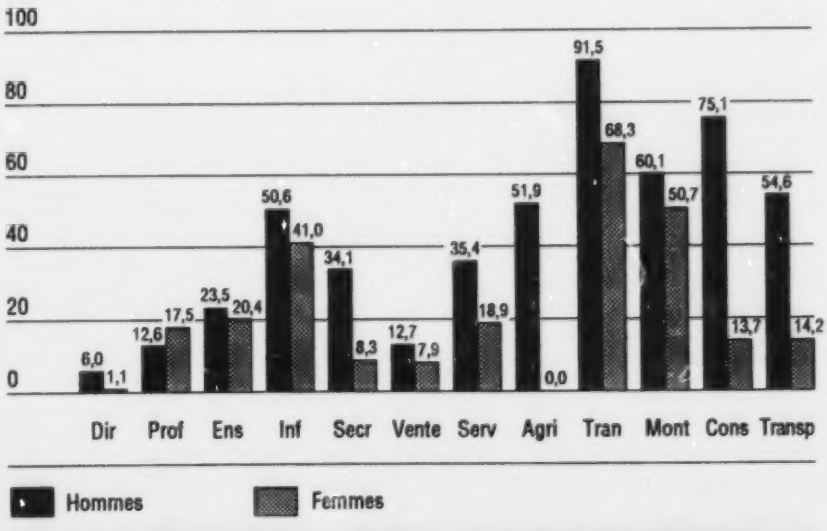
Les **cols bleus** sont deux fois plus impliqués dans des accidents entraînant des restrictions d'activité que les **cols blancs**; on compte, chez les premiers, 6,6 accidents pour 100 travailleurs contre 3,6 chez les travailleurs occupant des postes de direction et d'administration. C'est au niveau des accidents de travail que l'écart est le plus grand, alors que le nombre d'accidents pour 100 personnes chez les cols bleus est à peu près quatre fois plus élevé que chez les cols blancs (4,6 contre 1,3). En revanche, les cols blancs se blessent environ deux fois plus souvent en

faisant des activités de loisir ou de sport que les cols bleus: un accident chez les cols blancs contre 0,6 chez les cols bleus.

Le **secteur d'occupation** où se produisent le plus d'accidents est celui de la transformation des métaux, des pâtes et papier et des plastiques, avec 9,2 accidents pour 100 travailleurs chez les hommes et 6,8 accidents chez les femmes. Le secteur de la construction suit avec 7,5 accidents pour 100 travailleurs chez les hommes. L'âge ne semble jouer un rôle que dans le cas des gens de 55 à 64 ans qui ont moins d'accidents de travail que leurs confrères plus jeunes. Le taux d'accidents de travail s'élève à 4,1 pour 100 travailleuses chez les femmes dans le secteur des soins infirmiers (et thérapie).

Graphique 8

Taux d'accidents de travail, selon le sexe et l'occupation, pour 100 personnes, population active, Québec, 1987
(Taux / 100)



Malgré des effectifs plus restreints, certains constats se dégagent des données sur les **horaires de travail**. Les accidents de travail se retrouvent davantage parmi les travailleurs de nuit et parmi ceux travaillant sur

quarts, majoritairement des hommes; il semble que les 35-54 ans soient les plus touchés. Les femmes dont le travail est sur appel ont davantage été victimes d'accidents de travail que celles ayant d'autres types d'horaires.

Les personnes inactives pour des raisons de santé rapportent plus souvent d'accidents que la moyenne de la population (12,4 contre 4,1 dans la population). Plus des deux tiers de ces accidents sont des accidents de travail (8,9); ceci peut expliquer leur inactivité.

Les personnes inactives au moment de l'enquête pour d'autres raisons que la santé, telles le chômage ou la retraite, rapportent autant d'accidents de travail que d'accidents survenus à l'intérieur de la maison (0,8 dans chaque cas).

Enfin, les accidents qui impliquent des enfants de moins de 6 ans et des bébés se produisent à l'intérieur de la maison (0,6 accident pour 100 enfants).

Au niveau des accidents de travail, de loisir ou de sport et de la route, les risques augmentent en fonction des **problèmes reliés à la consommation d'alcool***.

Tableau 53
Taux d'accidents selon le lieu et les problèmes reliés à la consommation d'alcool (CAGE*),pour 100 personnes, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Problèmes reliés à la consommation d'alcool		
Lieu de l'accident	**Risque élevé**	**Risque faible**	**Risque nul**
Accident au travail	3,6	2,8	1,9
Accident dans un lieu de loisir ou de sport	1,8	1,7	0,8
Accident de la route	1,2	0,7	0,5
Accident à l'intérieur de la maison	0,8	1,5	0,5
Accident à l'extérieur de la maison	0,4	0,4	0,2
Accident dans un lieu public	0,2	0,2	0,3
Accident (autre lieu)	0,1	0,0	0,0
Accident à l'école	0,0	0,1	0,1
Total	**8,0**	**7,2**	**4,3**

Résumé

En 1987, un Québécois sur 24 a été victime d'un accident ayant causé des blessures assez graves pour l'obliger à limiter ses activités. Il s'agit d'abord d'accidents de travail, puis de loisir ou de sport, d'accidents survenus à l'intérieur de la maison et d'accidents routiers.

Les hommes ont près de deux fois plus d'accidents que les femmes ; chez les premiers, il s'agit en grande partie d'accidents de travail. Chez les femmes, il n'y a pas de type d'accidents prédominant.

Le plus souvent, lorsque les jeunes de 0 à 14 ans se blessent, il s'agit d'accidents de loisir ou de sport ; dans le cas des personnes de 15 à 64 ans, on parle surtout d'accidents de travail, et chez les personnes âgées de 65 ans et plus, d'accidents survenus à l'intérieur de la maison.

Les cols bleus sont davantage impliqués dans des accidents entraînant des restrictions d'activités que les cols blancs, surtout en ce qui concerne les accidents de travail qui surviennent quatre fois plus souvent chez eux.

Pour les accidents de travail, de loisir ou de sport et de la route, les risques augmentent avec les problèmes associés à la consommation d'alcool. Enfin, ces premières observations semblent montrer que les hommes travaillant de nuit ou sur quarts et les femmes sur appel ont plus d'accidents que les autres travailleurs.

4.3 Indice de santé globale

L'indice de santé globale* utilisé dans l'enquête Santé Québec a été adapté d'un indice développé par le Human Population Laboratory du Département de santé publique de l'État de Californie. La santé y est vue d'une façon globale: elle peut être affectée par des restrictions d'activité, par la présence de conditions chroniques ou de différents symptômes et elle varie sur un continuum allant d'un état minimal à un état optimal. Le long de cette échelle des catégories mutuellement exclusives sont définies et permettent de classer, selon les réponses obtenues, chacune des personnes pour lesquelles des informations ont été recueillies. Chaque sujet se voit ensuite attribuer un score qui équivaut à la probabilité d'avoir un état de santé pire que celui obtenu par la population de référence, un indice donc qui mesure la probabilité d'appartenir à une catégorie plus lourde. À partir des scores, il est possible de calculer la moyenne de l'indice de santé globale pour un sous-groupe déterminé, par catégorie d'âge ou de revenu par exemple, et de calculer différentes statistiques inférentielles comme un intervalle de confiance.

Tableau 54
Description des catégories composant l'indice d'état de santé globale* et identification des questions ou variables correspondantes

Catégorie de l'indice d'état de santé globale	Questions ou variables
1. Incapacité sévère	
Personne ayant des difficultés à manger, s'habiller, monter des escaliers, sortir à l'extérieur ou incapable de travailler ou d'étudier depuis six mois ou plus	Habituellement incapable de sortir de la maison sans aide Doit habituellement rester assise ou couchée Besoin d'aide pour prendre soin d'elle-même et se déplacer dans la maison Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis 6 mois ou plus Incapacité de travailler hors du foyer depuis 6 mois ou plus Incapacité de poursuivre des études depuis 6 mois ou plus
2. Incapacité restreinte	
Personne ayant modifié le nombre d'heures ou le genre de travail, ayant cessé certaines activités ou incapable de travailler ou d'étudier depuis moins de six mois	Restriction des activités à la maison mais pas dans les travaux ménagers Restriction dans la capacité de travailler à l'extérieur ou de poursuivre des études sans en être incapable Restriction dans d'autres activités Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis moins de 6 mois Incapacité de travailler hors du foyer depuis

Tableau 54 (suite)
Description des catégories composant l'indice d'état de santé globale* et identification des questions ou variables correspondantes

Catégorie de l'indice d'état de santé globale	Questions ou variables
	moins de 6 mois Incapacité de poursuivre des études depuis moins de 6 mois
3. Plusieurs conditions chroniques Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 mois précédant l'enquête, au moins deux problèmes ou conditions chroniques	Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de : anémie, maladie de la peau ou autres allergies cutanées, autres allergies, rhume des foins, sérieux maux de dos ou de la colonne, arthrite ou rhumatisme, autres problèmes sérieux des os et des articulations, cancer, paralysie cérébrale, diabète, emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme, déficience mentale ou intellectuelle, dépression, épilepsie, hypertension, maladie de coeur, troubles urinaires ou maladie du rein, ulcères d'estomac, autres troubles digestifs, goitre ou troubles de la thyroïde, migraines ou maux de tête fréquents, incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre, paralysie suite à un accident, paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale, périodes de grande nervosité ou d'irritabilité, périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes, incapacité ou handicap suite à l'obésité, période de 6 mois ou plus à avoir des visions ou penser que quelqu'un l'espionne »
4. Une condition chronique Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 mois précédant l'enquête, un problème ou une condition chronique	
5. Symptomatique Personne n'ayant aucune incapacité, problème ou condition chronique mais ayant présenté au cours des 12 mois précédant l'enquête, au moins un état symptomatique	Problèmes de santé rapportés qui n'ont pas entraîné d'incapacité ou de condition chronique
6. Aucune maladie Personne n'ayant rapporté aucun problème de santé au cours des 12 mois précédant l'enquête	Aucune incapacité, condition chronique ou problème de santé

Le résultat obtenu varie entre 0 et 1; en raison du mode de calcul utilisé, la moyenne de l'ensemble des sujets se situe à 0,5. Si le score obtenu est inférieur à la moyenne, l'état de santé est considéré comme meilleur que celui de l'ensemble de la population tandis que pour un pointage supérieur à 0.5, l'état de santé est perçu comme moins bon.

Une telle mesure a pour avantage de permettre une quantification de la dimension santé, de calculer des moyennes, de standardiser les résultats et d'effectuer des comparaisons à l'aide de statistiques inférentielles. Toutes ces procédures permettent de cibler différents groupes et de les comparer entre eux.

Les limites de la méthode résident dans la définition des catégories utilisées et dans l'attribution d'un poids selon le nombre de sujets dans chaque catégorie. Cet indice, rappelons-le, est basé sur la déclaration des individus eux-mêmes ou d'un répondant aux différentes questions utilisées dans sa composition. Il est donc sûrement influencé par l'environnement social et culturel dans lequel gravitent ces répondants.

À l'origine, cet indice a été développé plus particulièrement pour la santé physique, mais dans l'enquête Santé Québec, il est utilisé dans une perspective plus globale, incluant les restrictions d'activité, les conditions chroniques ou les symptômes dûs à des troubles mentaux.

Dans l'enquête Santé Québec, 99.3 % des sujets de l'échantillon ont répondu aux questions utilisées dans la compilation de l'indice et ont pu se voir attribuer un score. Pour faciliter l'interprétation des données, deux distributions ont été formées: l'une qui regroupe toute la population et une autre pour les plus de 15 ans.

Près de la moitié des Québécois et des Québécoises, soit 45,5 %, ne déclarent aucune **maladie**, et 21,5 % d'entre eux n'ont qu'« une seule condition chronique ». Peu d'individus se retrouvent dans les catégories d'**incapacités**: 4,5 % pour les incapacités sévères et 2,9 % pour les incapacités restreintes. La proportion chez les femmes est plus élevée que celle chez les hommes, dans les cinq catégories les plus défavorables. La différence est la plus grande lorsque « plusieurs conditions chroniques » sont rapportées, le pourcentage passant de 15,5 % chez les femmes à 9,2 % chez les hommes. Parmi les gens ne rapportant aucune maladie, on retrouve plus de personnes de sexe masculin (50,6 %) que de personnes de sexe féminin (40,6 %).

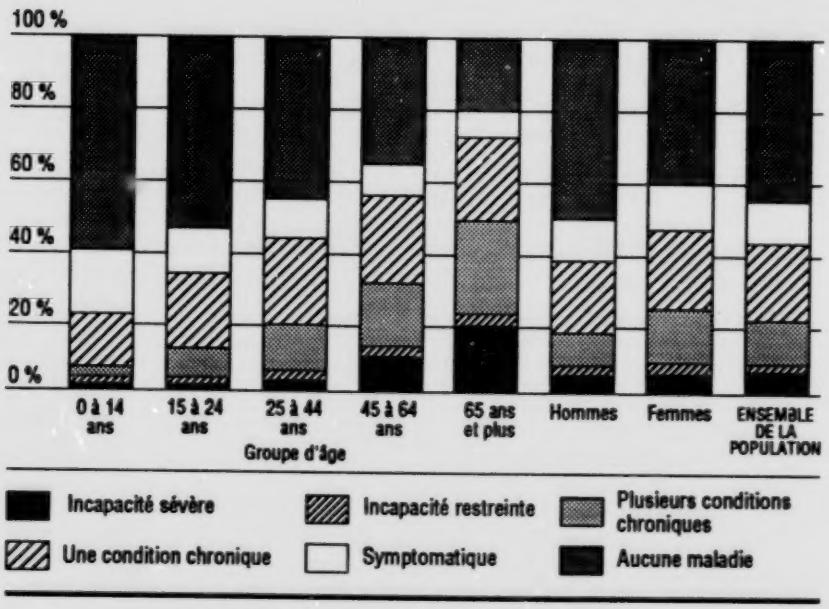
La proportion d'individus ayant un état de santé plus altéré, telles une incapacité sévère, une incapacité restreinte et présentant plusieurs conditions chroniques, augmente avec l'âge; pour la catégorie « une condition chronique », la proportion semble se stabiliser après une augmentation entre l'âge de 0 à 24 ans. Par rapport à la population totale, la proportion de gens dont la condition de santé est meilleure, c'est-à-dire ceux qui ne rapportent que des symptômes ou une absence de maladies, diminue régulièrement avec l'âge, passant de 79,1 % chez les 0 à 14 ans à 27,9 % pour les 65 ans et plus. Ces résultats se rapprochent de ceux obtenus par l'enquête effectuée par le Human Population Laboratory (4). Dans Santé Québec cependant, les personnes ayant une incapacité restreinte sont relativement moins nombreuses, probablement en raison de la définition quelque peu différente de la catégorie: on n'y retrouve que les personnes dont le handicap entraîne une restriction d'activité. De la même façon, plusieurs conditions chroniques supplémentaires étaient considérées dans l'enquête Santé Québec, ce qui a augmenté le nombre de personnes dans la catégorie « plusieurs conditions chroniques ».

Globalement, les hommes ont un meilleur état de santé avec un résultat de 0,48 après standardisation, comparativement à 0,53 pour les femmes; l'enquête américaine (4) soulignait la même tendance avec des probabilités de 0,48 chez les hommes et de 0,52 chez les femmes.

La différence entre les groupes d'âge est plus accentuée que celle selon le sexe. La probabilité d'une atteinte à la santé passe de 0,40 chez les moins de 15 ans à 0,70 chez les 65 ans et plus. La détérioration de la santé est régulière entre les différents groupes d'âge, chaque groupe présentant un état de santé meilleur que ses aînés et moins bon que ses puînés. Ces résultats confirment toujours ceux du Human Population Laboratory (4) concernant la population agée de 20 ans et plus.

Graphique 9

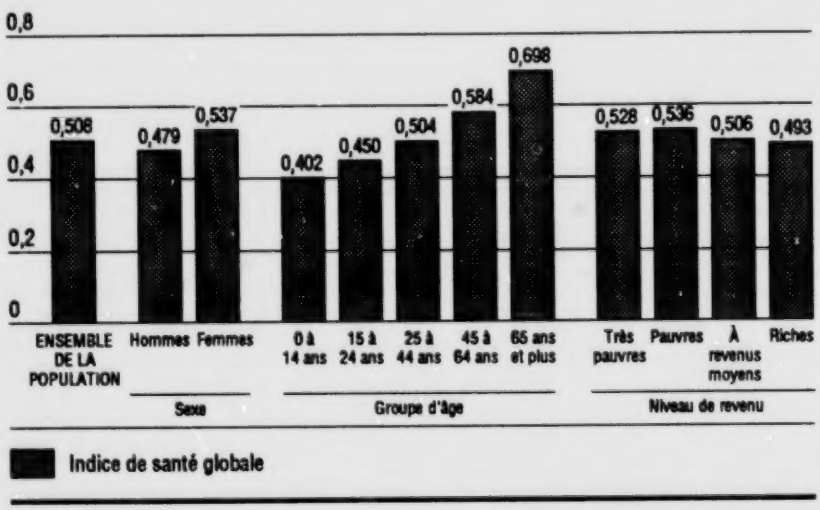
Répartition de la population dans les catégories de l'indice de santé globale*, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987



Plus le **revenu** est élevé, meilleur est l'état de santé des gens. À partir des données standardisées selon l'âge et le sexe, cette tendance apparaît clairement entre les catégories les plus pauvres; elle est cependant moins marquée entre les gens appartenant aux deux catégories les plus riches. Chez les hommes, la différence se situe principalement entre les deux niveaux de pauvreté, 0,52 chez les très pauvres et 0,49 chez les pauvres. Chez les femmes, elle se retrouve surtout entre les deux niveaux supérieurs, 0,54 dans la classe moyenne et 0,52 chez les plus riches. Dans l'ensemble, c'est également la tendance observée dans les données du Human Population Laboratory où les résultats standardisés montraient aussi une amélioration de l'état de santé avec l'augmentation du revenu.

Graphique 10

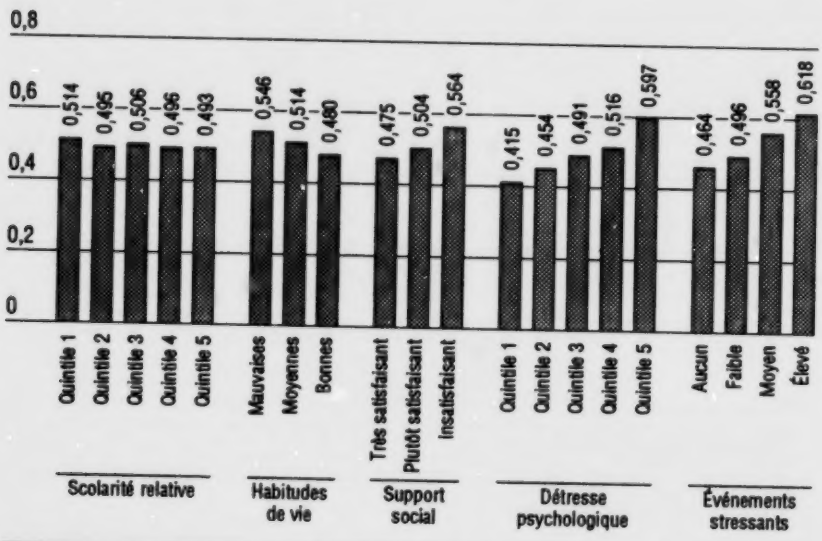
Indice de santé globale*, selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau de revenu* (données standardisées), Québec 1987
(Probabilité)



Il existe une différence d'état de santé dans la population selon la **scolarité relative***, après standardisation selon l'âge des sujets, mais cette différence n'est apparente qu'entre les plus scolarisés et les moins scolarisés. Ce sont les femmes qui contribuent à cette différence avec une amélioration régulière de l'état de santé avec la scolarisation, tandis que chez les hommes, aucune tendance ne se dégage. L'enquête américaine (4) rapportait aussi un effet de la scolarisation sur l'indice de santé globale, quoique cet effet disparaissait après standardisation par âge et revenu.

Graphique 11

Indice de santé globale, selon la scolarité relative*, les habitudes de vie*, le support social, la détresse psychologique*, et les événements stressants* (données standardisées), population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987
(Probabilité)



Les gens qui ont des mauvaises **habitudes de vie*** sont en moins bonne santé (0,55) que ceux qui ont de meilleures habitudes (0,49). Deux autres études du Human Population Laboratory (5, 6) avaient trouvé une relation semblable entre l'indice de santé et le nombre de bonnes habitudes de vie. Dans Santé Québec, des différences apparaissent nettement entre les trois catégories d'habitudes de vie chez les femmes (0,60 pour un score faible, 0,55 pour un score moyen, et 0,52 pour un score élevé); l'effet chez les hommes ne se retrouve qu'entre ceux qui rapportent un niveau moyen de bonnes habitudes (0,47) et ceux qui cumulent le plus de bonnes habitudes (0,45).

Plus le **support social** est satisfaisant, plus la personne est en bonne santé. Cette relation existe entre chacune des catégories de la satisfaction face à la vie sociale, tant pour les hommes que pour les femmes. Une autre

étude basée sur les données recueillies par le Human Population Laboratory (7) démontre une relation entre un moins bon support social et un taux plus élevé de mortalité.

Pour les résultats standardisés de l'indice, plus le niveau de détresse psychologique* augmente, plus l'état de santé est détérioré; la relation s'observe tant chez les hommes que chez les femmes. Les personnes ayant le score de détresse le plus élevé présentent un état de santé plus défavorable que celles ayant le score le plus faible (0,59 contre 0,42).

Plus les gens rapportent d'**événements stressants**, moins leur état de santé est bon. Pour un score d'événements stressants identique, les femmes ont un indice plus élevé; il varie entre 0,44 et 0,55 pour les hommes, et entre 0,51 et 0,62 pour les femmes.

Résumé

En général, l'indice de santé globale* des femmes est moins bon que celui des hommes. Cet écart ne se retrouve pas chez les plus jeunes: il commence plutôt avec le groupe des 15 à 24 ans et se maintient jusqu'à 65 ans, alors que les différences s'amenuisent. Il est difficile de savoir si la différence qui existe entre l'état de santé des hommes et celui des femmes est due à des variables physiques ou culturelles.

La santé se détériore avec l'âge: l'indice de santé globale* montre que malgré la présence de certaines maladies liées à l'enfance, ce sont toujours les jeunes de 0 à 14 ans qui présentent un meilleur état de santé.

La relation entre d'une part le revenu*, les habitudes de vie*, le support social, les événements stressants* et le niveau de détresse* psychologique, et d'autre part l'état de santé, corrobore les résultats d'autres études utilisant un indice similaire. La scolarisation cependant ne semble pas avoir d'effet clair sur la mesure de l'état de santé. S'il est difficile d'établir un lien de cause à effet entre ces variables, ces résultats supportent néanmoins le concept de la santé vue dans une perspective globale.

L'indice démontre une bonne sensibilité à la plupart des variables et il permet de vérifier des relations déjà documentées dans la littérature. Cette mesure demeure cependant globale et seule une analyse plus approfondie peut indiquer quels sont les problèmes de santé vécus par les personnes identifiées dans les différentes variables.

Possibilités des données

Une meilleure connaissance des problèmes de santé associés aux diverses habitudes de vie explorées dans l'enquête permettra de mieux préciser les actions de promotion de la santé. Dans le même sens, une analyse des problèmes de santé en fonction des facteurs socio-économiques tels que le revenu, la scolarisation, l'activité et le soutien social, en contrôlant l'âge et le sexe, est souhaitable.

L'analyse des risques biologiques liés aux troubles cardiaques, à l'hypertension, à la congestion cérébrale, au diabète, au cancer, aux problèmes ostéo-articulaires et aux troubles mentaux est un autre volet à approfondir. L'enquête Santé Québec permet de réaliser une telle étude. Les renseignements portant sur les antécédents familiaux peuvent être utilisés comme variables de contrôle dans l'étude des relations entre les divers facteurs de risque et les maladies chroniques.

Les résultats obtenus avec l'indice de santé globale sont intéressants en vue d'obtenir une lecture générale de l'état de santé d'un sous-groupe déterminé de la population. Il sera intéressant d'étudier l'association entre les différents déterminants de la santé et la probabilité d'avoir un état de santé pire ou meilleur. On pourra aussi investiguer la relation entre l'indice et le recours aux services, tout en départageant l'impact des facteurs socio-économiques et culturels.

Les deux principales avenues de comparaisons sont les travaux du Human Population Laboratory de l'État de Californie et l'indice d'espérance de vie en bonne santé. Ce dernier indice est construit à partir du concept de restriction d'activité qui est utilisé pour définir les deux premières catégories de l'indice de santé globale. Il sera également intéressant de suivre l'évolution de l'indice lors d'enquêtes subséquentes.

Les données de l'enquête Santé Québec, tout comme celles de Santé Canada, peuvent être très utiles comme valeurs de référence, à condition de bien cerner les catégories d'occupation et de risque, ainsi que de contrôler les variables confondantes. Entre autres, il sera intéressant d'étudier la relation entre les horaires de travail et la santé des travailleurs.

Les données de l'enquête Santé Québec permettent la comparaison entre différents groupes de population quant à leurs probabilités de divers types d'accidents ou de problèmes de santé. Ainsi, il sera pertinent de faire ressortir la nature des blessures et les limitations d'activité engendrées par ces accidents, ceci d'une façon plus particulière chez les personnes inactives pour des raisons de santé et qui ont été victimes d'accidents de travail.

On pourra mesurer la prévalence de certains facteurs de risque chez les individus qui ont été impliqués dans des accidents par rapport à ceux qui ne l'ont pas été. Dans le contexte de l'enquête Santé Québec, il faut cependant tenir compte du fait que les problèmes de santé et les facteurs de risque associés sont présents simultanément chez l'individu.

Le système de surveillance des blessures accidentelles reliées aux produits de la consommation, développé par le ministère fédéral de la Consommation et des Corporations, constitue une source de comparaisons quant aux blessures vues en salle d'urgence ou qui ont nécessité une hospitalisation. La Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ) constitue une source d'information importante en ce qui a trait aux accidents routiers. Les banques de données du ministère de la Santé et des Services sociaux sur la mortalité et la morbidité fournissent des données sur les causes extérieures de traumatismes et empoisonnements ayant entraîné un décès ou une hospitalisation. Enfin, il existe un ensemble d'enquêtes américaines qui présentent un intérêt certain pour des études comparatives et l'établissement de liens avec certains indicateurs, telle l'enquête continue menée en 1980-81 (8).

Références

1. Gervais, Michèle, *L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs, par profession*, Rapport de recherche 004, IRSST, 1985.

2. Duguay, P., Gervais, Michèle, Hébert, F., *L'inégalité des risques affectant la sécurité des travailleurs, par secteur économique*, Rapport de recherche 006, IRSST, 1986.

3. Spitzer, W.O., *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*, IRSST, 1986.

4. Belloc, N. B., Breslow, L., et Hochstim, J. R., « Measurement of physical health in a general population survey », *American Journal of Epidemiology*, 1971, vol. 93, no 5, p. 328-336.

5. Belloc, N. B., et Breslow, L., « Relationship of physical health status and health practices », *Preventive Medecine*, 1972, vol. 1, p. 409-421.

6. Belloc, N. B., « Relationship of health practices and mortality », *Preventive Medecine*, 1973, vol. 2, p. 67-81.

7. Berkman, L. F. et Syme, S. L., « Social networks, host resistance, and mortality: a nine year follow-up study of Alameda county residents », *American Journal of Epidemiology*, 1979, vol. 109, no 2, p. 186-204.

8. *Persons injured and disability days due to injuries, U.S.A.*, Washington, National Center for Health Statistics, Series 10, No 149, 1980-1981.

Chapitre 5

Santé mentale

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Chantal Perreault, DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont
— Problèmes psychologiques sévères et bien-être psychologique

Gilles Légaré, DSC du Centre hospitalier régional de Rimouski
— détresse psychologique

Richard Boyer, Hôpital Louis-Hypolite Lafontaine
Louise Blais, DSC de l'Hôpital du Sacré Coeur de Montréal
— idées suicidaires et tentatives de suicide

Consultants(es)
— Janine Auger, MSSS, Service de santé mentale
— Camil Bouchard, UQAM
— Hugues Cormier, Centre hospitalier de l'Université Laval
— André Garon, MSSS, Service de santé mentale
— Robert Perreault, DSC de l'Hôpital général de Montréal
— Michel Tousignant, UQAM

Ce chapitre fait état de quatre dimensions de la santé qui peuvent être considérées comme des indicateurs de la santé mentale des Québécois et Québécoises de 15 ans et plus, vivant dans les ménages privés. Ce sont:

— certains problèmes psychologiques qualifiés de sévères

— les idées suicidaires et les tentatives de suicide

— la détresse psychologique

— le bien-être psychologique.

Au Québec, il existe peu de données sur l'état de santé mentale de la population non-institutionalisée. À cet égard, l'effort de Santé Québec constitue un premier pas significatif. Toutefois, comme il s'agit d'un premier pas, il convient d'être doublement prudent dans l'analyse des résultats et de garder en tête les limites de la méthodologie (1). Les résultats sont présentés sous forme de pourcentage et les comparaisons entre catégories sont effectuées à l'aide d'intervalle de confiance; sauf exception, le niveau de signification est fixé à $\alpha = 0{,}01$. Pour mieux apprécier l'effet relatif de certains déterminants sur l'état de santé mentale, une technique de régression linéaire a été appliquée lorsque cela s'avérait pertinent. Enfin, un certain nombre de pistes pour l'analyse secondaire des données et la planification sont suggérées.

5.1 Problèmes psychologiques qualifiés de sévères

Les problèmes psychologiques sévères et chroniques constituent un sous-groupe des troubles chroniques rapportés à la section X du QRI et ont été identifiés par le répondant du ménage à partir de cinq questions parmi les 28 se rapportant à des problèmes de santé de longue durée. Les questions étaient les suivantes:

« Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de:

— dépression?

— périodes de grande nervosité ou d'irritabilité?

— périodes de confusion ou de pertes de mémoire fréquentes et importantes?

— déficience mentale ou intellectuelle?

— périodes de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne? »

Les réponses aux deux dernières questions donnent sans doute une idée assez juste de la fréquence au sein des ménages privés des cas de déficience mentale et des troubles psychotiques sévères caractérisés par des périodes d'hallucinations persistantes. Par contre, l'interprétation des réponses aux trois premières questions commande une certaine prudence (1).

Le mot « dépression » est susceptible de recouvrir une variété d'états psychologiques allant, par exemple, d'une réaction de deuil à la dépression majeure. La confusion et les pertes de mémoire sont des symptômes associés à divers troubles psychiatriques mais aussi à des désordres neurologiques, aux accidents cardiovasculaires et à des pathologies de toutes sortes. Quant à la « grande nervosité et à l'irritabilité », ce sont des manifestations du comportement qui peuvent être associées à la personnalité, à des situations de stress chronique, à des troubles psychiatriques et à des désordres neurologiques. Un « oui » aux trois premières questions identifie des comportements que le répondant du foyer juge assez sévères pour les déclarer comme problèmes de santé de longue durée.

Au sein des ménages privés, les cas de **déficience mentale** touchent surtout les enfants de 0 à 14 ans chez qui se retrouvent près de 38 % des cas déclarés. Cela signifie que, dans la population, 6 668 familles ont à leur charge un enfant handicapé mental. La proportion des cas de déficience tend à diminuer à partir de l'âge de 15 ans. Cela peut être dû au hasard, à un taux de mortalité accru, à l'orientation des déficients mentaux vers les ménages collectifs ou les centres d'accueil à l'âge adulte, ou encore à l'interaction de ces facteurs.

Tableau 55
Prévalence de la déficience mentale, selon le groupe d'âge, Québec, 1987

Groupe d'âge	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance ($\alpha = 0{,}01$)
0-14	0,50	6 668	0,13-0,87
15-24	0,22	2 120	0,00-0,50
25-44	0,22	4 827	0,03-0,41
45-64	0,25	3 052	0,00-0,52
65 et +	0,17	1 125	0,00 — 0,49

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Les manifestations de **comportements hallucinatoires** sévères et persistants pendant une durée d'au moins six mois sont déclarées pour un très petit nombre d'individus. La spécificité de la question permet de penser

que ce groupe comprend peu ou pas de faux positifs. Pour le Québec, cela représente 6 700 personnes de 15 ans et plus atteintes de ces troubles sévères, résidant seules ou avec d'autres à l'intérieur d'un ménage privé. Ce type de comportement est observé seulement chez les 15 ans et plus, et les différences selon l'âge et le sexe ne sont pas significatives.

La confusion et les pertes de mémoire augmentent avec l'âge et près de 40 % des cas sont identifiés chez les personnes de 65 ans et plus.

Tableau 56
Prévalence de la confusion et de la perte de mémoire selon le groupe d'âge, Québec, 1987

Groupe d'âge	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalles de confiance (α = 0,01)
0-14	0,0	0	0,00-0,00
15-24	0,0	1 564	0,00-0,11[1,2]
25-44	0,3	5 899	0,06-0,48[3]
45-64	0,6	7 583	0,17-0,99[1]
65 et +	1,8	11 047	0,76-2,84[2,3]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Les problèmes identifiés comme « **dépression** » par le répondant du ménage, semblent être attribués plus souvent aux femmes de 25 ans et plus. Cependant, la différence observée entre les hommes et les femmes n'est pas significative selon le seuil adopté; elle le devient lorsque le seuil de signification est fixé à $\alpha = 0,05$.

Tableau 57
Prévalence de la dépression selon le sexe, Québec, 1987

Sexe	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes	0,9	29 362	0,59-1,25
Femmes	1,7	54 007	1,23-2,09
Total	**1,3**	**83 369**	**1,02-1,56**

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

La majorité des cas de problèmes psychologiques qualifiés de sévères entre dans la catégorie « **grande nervosité ou irritabilité** » et les deux tiers d'entre eux concernent des femmes âgées de 25 à 64 ans. Cette

surreprésentation des femmes mériterait une analyse plus poussée des données. Il est possible que les répondants utilisent des critères différents pour identifier la nervosité et l'irritabilité chez les hommes et chez les femmes (2). Il est possible aussi que les répondants du ménage aient identifié, dans la plupart des cas, le type de nervosité et d'irritabilité caractéristique de la symptomatologie des troubles affectifs et des troubles de l'anxiété, ce qui expliquerait la prédominance de femmes de ces groupes d'âge (3).

Tableau 58
Prévalence de grande nervosité ou d'irritabilité selon le sexe, Québec, 1987

Sexe	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes	1,6	50 974	1,17-2,03[1]
Femmes	3,6	115 928	2,93-4,19[1]
Total	**2,6**	**166 902**	**2,21-2,97**

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Tableau 59
Prévalence de l'ensemble des problèmes psychologiques qualifiés de sévères*, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes			
0-14	0,8	6 050	0,19-1,57[2,3]
15-24	1,8	9 405	0,67-2,93[2,3]
25-44	3,6	38 990	2,51-4,69
45-64	5,5	34 310	3,72-7,24[2]
65 et +	7,1	17 874	3,96-10,18[3]
Total	**3,3**	**106 629**	**2,73-3,95[1]**
Femmes			
0-14	0,5	3 161	0,00-1,03
15-24	3,6	18 486	2,00-5,20[4,5,6]
25-44	7,1	78 874	5,63-8,61[4]
45-64	8,5	57 273	6,46-10,62[5]
65 et +	10,4	36 491	7,24-13,52[6]
Total	**,06**	**194 275**	**5,18-6,78[1]**

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

La déficience mentale mise à part, on observe peu de problèmes psychologiques chez les enfants de 0 à 14 ans; cela est peut-être dû au fait que la classification utilisée est inadéquate pour rendre compte des troubles du comportement susceptibles de se manifester à cet âge, ou bien que les enfants présentant de tels problèmes se retrouvent moins souvent dans les ménages privés.

La sous-représentation significative des 15 à 24 ans est plus difficile à expliquer. La proportion de problèmes psychologiques sévères est nettement inférieure à la proportion observée chez les 25 ans et plus. Alors que les 15 à 24 ans constituent 20 % de la population des ménages privés, les répondants n'ont identifié parmi eux que 9,3 % des problèmes psychologiques sévères. Ces résultats étonnants à première vue pourraient tenir à diverses raisons: soit que les 15 à 24 ans aient peu de problèmes psychologiques sévères, ou que les questions posées n'étaient pas adéquates pour cerner les problèmes de ce groupe d'âge, ou encore que les 15 à 24 ans, avec des problèmes psychologiques sévères, aient tendance à résider ailleurs que dans les ménages privés.

Résumé

Au sein des ménages privés, les problèmes psychologiques qualifiés de sévères par le répondant se diversifient selon l'âge et le sexe. Le problème le plus souvent déclaré chez les enfants est la déficience mentale et chez les personnes âgées, la confusion et les pertes de mémoire. La « dépression » et la « grande nervosité et l'irritabilité » affectent surtout les femmes de 25-64 ans. Parmi les adultes, les 15-24 ans constituent le groupe d'âge pour qui le taux des cas déclarés est le plus faible.

5.2 Idées suicidaires et tentatives de suicide

Les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans la population québécoise âgée de 15 ans et plus sont estimées à l'aide d'une série de quatre questions contenues dans le QAA à la section VI. La formulation des questions permet le calcul des prévalences à vie et sur une période de 12 mois, pour les idées suicidaires et les tentatives de suicides.

Il est à noter que l'intensité ou la gravité des idées et des tentatives ne sont pas évaluées dans la présente enquête. Ainsi, les idées peuvent comprendre à la fois des pensées suicidaires légères ou intenses pouvant induire un haut niveau de détresse psychologique. Par ailleurs, les tentatives suicidaires peuvent comprendre aussi bien des gestes suicidaires interrompus que des tentatives graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Les cas de tentatives suicidaires énumérés dans le cadre de Santé Québec sont donc basés sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus et auront tendance à être plus nombreux que les cas de tentatives de suicide qui se sont soldées par un décès.

Tableau 60
Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes			
15-24	6,8	34 222	4,48-9,20 [1,2]
25-44	3,6	38 318	2,43-4,83
45-64	2,0	11 648	0,79-3,21 [1]
65 et +	2,4	3 144	0,00-3,12 [2]
Total	3,7	34 332	2,90-4,52
Femmes			
15-24	7,7	37 443	5,16-10,20 [1,2]
25-44	4,5	48 955	3,22-5,86
45-64	2,0	12 439	0,89-3,24 [1]
65 et +	1,2	3 373	0,00-2,49 [2]
Total	4,1	102 210	3,30-4,98
Total	**3,9**	**189 542**	**3,35-4,51**

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Dans l'analyse qui suit, les taux d'idées suicidaires comprennent à la fois les cas où il n'y a eu qu'idées sans geste suicidaire et les cas où la personne rapporte aussi avoir tenté de s'enlever la vie. Les tentatives de suicide, par contre, ne comprennent que les cas où le répondant affirme avoir fait une tentative de suicide (« essayé de s'enlever la vie »).

La prévalence des **idées suicidaires** dans la population québécoise est de 3,9 pour 100 personnes, soit 189 542 personnes de 15 ans et plus. Les femmes présentent un taux de 4,1 comparativement à 3,7 chez les hommes. Cette différence n'est pas significative.

Les comparaisons basées sur l'ensemble de l'échantillon, selon les différents **groupes d'âge**, suggèrent que les répondants âgés de 15 à 24 ans rapportent significativement plus d'idées suicidaires (7,2 pour 100 personnes) que les répondants des autres groupes d'âge (25 à 44 ans: 4,1; 45 à 64 ans: 2,0; 65 ans et plus: 1,3). Les comparaisons entre les jeunes répondants (15 à 24 ans) et ceux appartenant aux catégories des 25 à 44 ans et des 45 à 64 ans sont aussi significatives. Par ailleurs, lorsque les comparaisons entre groupes d'âge sont spécifiées selon le sexe, les jeunes hommes et femmes présentent un taux d'idées suicidaires supérieur à celui des répondants âgés de 45 ans et plus.

Les personnes **séparées ou divorcées** présentent la plus forte prévalence d'idées suicidaires (8,3) alors que les personnes **mariées** ou vivant maritalement (2,7) et les **veufs(ves)** (2,1) ont les taux les plus bas. Par ailleurs, les personnes vivants **seules** présentent un taux d'idées suicidaires plus élevé que les répondants mariés.

Tableau 61
Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédent l'enquête, selon l'état matrimonial, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

État matrimonial	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Marié(e)s	2,7	84 413	2,06-3,26 [1,3]
Séparé(e)s/divorcé(e)s	8,3	32 781	5,37-11,13 [1,2]
Veuf(ve)s	2,2	4 892	0,15-4,33 [2]
Seul(e)s	5,9	57 068	4,33-7,51 [3]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Au seuil de signification adopté dans le cadre de ces analyses, on peut affirmer que la présence d'un confident dans la vie du répondant influence

de façon systématique le niveau d'idées suicidaires. Les personnes pouvant compter sur le soutien d'un ami tendent à rapporter moins d'idées suicidaires (3,3) que les personnes ne bénéficiant pas d'un tel soutien (7,4).

Tableau 62
Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête selon la présence d'un confident, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Confident	Prévalence pour 100 personnes	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Présent	3,3	138 798	2,75-3,91 [1]
Absent	7,4	48 336	5,27-9,55 [1]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Plus de 10 % des Québécois et Québécoises âgés de 15 ans et plus affirment avoir déjà songé sérieusement à se suicider au **cours de leur vie**; ce pourcentage correspond à près de 536 000 personnes. Aucune différence statistiquement significative entre hommes (9,9 %) et femmes (12,0 %) n'est observée. Par contre, lorsque l'âge des répondants est considéré, les jeunes ont la plus forte prévalence d'idées suicidaires au cours de la vie. Plus de 15 % d'entre eux affirment avoir déjà pensé à s'enlever la vie, comparativement à des prévalences de 7,7 pour 100 personnes chez les gens de 45 à 64 ans et de 2,5 chez ceux de 65 ans et plus.

Le taux de **tentatives de suicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête** pour l'ensemble de la population est de 0,8 pour 100 personnes. Cette prévalence correspond à près de 41 000 tentatives de suicide pour les personnes de 15 ans et plus. Le taux de tentatives de suicide observé chez les hommes (0,8) n'est pas statistiquement différent de celui observé chez les femmes (0,9)[1]. Aucune différence significative n'émerge entre groupes d'âge, lorsque ceux-ci sont analysés séparément selon le sexe.

Contrairement aux idées suicidaires, l'état matrimonial et la présence d'un confident ne sont pas associés à la prévalence des tentatives de suicide.

1. Cette absence de relation entre hommes et femmes ne peut apparaître aléatoirement qu'une fois sur 100.

Sur la base d'une **analyse multivariée** préliminaire[2], il semblerait que les jeunes Québécois avec un faible revenu, ne travaillant pas ou n'étant pas aux études, présentant un haut niveau de détresse psychologique et des problèmes reliés à l'alcool, et qui perçoivent plus d'événements stressants dans leur vie, tout en étant faiblement intégrés socialement, sont plus susceptibles de rapporter plus d'idées ou de tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête.

La prévalence à vie des tentatives de suicide indique qu'au delà de 3 % des résidents du Québec de 15 ans et plus ont déjà tenté de se suicider. Ce pourcentage correspond à 160 802 personnes dans la population.

La prévalence à vie des idées ne varie pas significativement selon qu'une personne ait vécu ou non des événements déstabilisants[3] **au cours de son enfance**. Par contre, les personnes ayant vécu de tels événements rapportent plus souvent des tentatives de suicide au cours de leur vie (4,9 pour 100 personnes), comparativement à celles n'ayant pas affronté de telles circonstances (2,9).

2. Une analyse multivariée à l'aide d'un modèle de régression multiple pas à pas a permis de sélectionner parmi une série de variables démographiques (sexe, âge, scolarité relative, état matrimonial, niveau de revenu, langue d'usage, activité principale), d'état de santé (indice de détresse psychologique, niveau d'incapacité), de déterminants (alcoolisme, indice de saines habitudes de vie) et d'environnement (événements stressants, intégration sociale, support social), celles qui sont le plus reliés aux comportements suicidaires; 10 % de la variance associée est expliquée. Les variables démographiques révèlent que l'âge, le revenu et l'activité accaparent 17 % de la variance expliquée. L'état de santé vient ajouter 72 % de l'explication avec les variables de détresse psychologique et d'alcoolisme. Enfin, on ajoute les variables d'environnement où les événements stressants et l'intégration sociale expliquent 11 % du total de la variance.
3. Ces événements sont: le décès du père, le décès de la mère, la séparation ou le divorce des parents, le placement en foyer nourricier ou en famille d'accueil.

Résumé

Comme le soulignent plusieurs auteurs (4), il est extrêmement difficile d'établir le taux réel de tentatives de suicide dans une population donnée. Il n'existe aucun système de surveillance pour ces gestes qui, de plus, ne sont pas à déclaration obligatoire. Les auteurs cités rapportent les résultats d'autres études qui estiment qu'un pourcentage variant entre 0,1 % et 10,0 % des personnes ayant fait une tentative de suicide finiront un jour par se suicider.

Il est également difficile d'établir avec précision le rapport entre les tentatives de suicide et les suicides réussis. Ce ratio varie beaucoup d'une étude à l'autre et semble, de plus, affecté par l'âge des répondants. Certains auteurs (5) rapportent un ratio de 200 tentatives pour chaque suicide chez les jeunes cégépiens, d'autres (6, 7) établissent ce ratio entre 20:1 et 50:1 chez les jeunes. Pour l'ensemble de la population américaine, on rapporte un ratio de 8:1 (4).

Pour l'année 1985, Statistique Canada (8) établit à 17,1/100 000 le taux de suicides réussis au Québec. Les résultats de l'enquête Santé Québec suggèrent que le taux de tentatives de suicide dans l'ensemble de la population se situe à 840/100 000.

Malgré la taille importante de l'échantillon étudié par Santé Québec, il est impossible de mettre en évidence des différences significatives entre les taux d'idées suicidaires et de tentatives de suicide chez les hommes et les femmes pour les deux périodes de références: tentatives à vie et celles des 12 mois précédant l'enquête. Pourtant, plusieurs recherches, tant québécoises que canadiennes ou américaines (4, 5, 9), suggèrent que le taux de tentatives de suicide est de 1,5 à 3,0 fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes, alors que l'inverse est vrai quand il s'agit de suicides réussis (10).

5.3 Détresse psychologique

La détresse psychologique a été estimée dans la population des 15 ans et plus à l'aide d'une échelle de santé mentale, le Psychiatric Symptom Index (PSI), constituée de 29 questions, validée par son auteur F.W. Ilfeld à Chicago (11) et contenue dans le questionnaire auto-administré (QAA). Cette échelle a été traduite, puis validée à nouveau, lors de l'enquête pilote de Santé Québec en 1983 (12). Les résultats du PSI sont calculés sur une échelle variant de 0 à 100 points, puis redivisés en trois catégories basées sur des quintiles (faible: 0 à 59, moyen: 60 à 79, élevé: 80 à 100). Le taux de non-réponses à cette échelle se situe à 2,9 %, le niveau le plus élevé se trouvant parmi les personnes de 65 ans et plus.

L'échelle de détresse psychologique est associée aux états dépressifs, aux états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs. Cette échelle ne mesure pas des diagnostics psychiatriques précis mais « tente d'estimer la fréquence des gens ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention » (1). Comme le mentionnent Link et Dohrenwend (13), les échelles de santé mentale donnent une mesure indirecte et imprécise de la prévalence des problèmes de santé mentale. Par contre, elles mesurent assez bien la détresse psychologique. On peut penser que les individus situés dans le quintile supérieur de cette échelle regroupent à la fois ceux et celles qui bénéficieraient d'une intervention, soit préventive, soit curative. Pour cette raison, seuls les individus de la catégorie élevée sont retenus pour description.

Dans l'ensemble de la population de 15 ans et plus, la proportion de gens qui se retrouvent dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique est de 21 %, ce qui correspond au quintile supérieur de cette échelle[4]. Les femmes obtiennent des résultats significativement différents de ceux des hommes, avec un pourcentage de 26 % contre 16 % chez les hommes. Par contre, **l'âge** des répondants ne produit pas de différence significative dans la répartition des effectifs de la catégorie élevée et ce, même en contrôlant le sexe. L'Enquête Santé Canada avait observé des tendances similaires par rapport au **sexe** et à l'âge, en utilisant une échelle différente (Health Opinion Survey). Pour sa part, dans son étude de 1976 à Chicago, Ilfeld (11) obtenait des scores plus élevés parmi les femmes, mais également chez les jeunes de 18 à 24 ans. Toutefois, cette étude ne couvrait qu'une population urbaine.

4. Les seuils ont été établis à partir des quatre premières vagues de l'enquête.

Tableau 63
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes			
15-24	16,3	88 221	13,79-20,79
25-44	15,2	163 630	12,92-17,50
45-64	17,2	102 994	13,96-20,40
65 et +	16,5	36 418	11,25-21,69
Total	16,3	391 221	14,69-17,83[1]
Femmes			
15-24	29,0	144 685	24,71-33,19
25-44	23,2	254 147	20,57-25,91
45-64	27,9	174 625	24,13-31,63
65 et +	28,8	81 346	23,18-34,44
Total	26,2	654 803	24,33-28,01[1]
Total	**21,3**	**1 046 023**	**20,09-22,53**

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Dans l'enquête Santé Québec, tout comme dans l'étude d'Ilfeld, les personnes séparées et divorcées se retrouvent en plus forte proportion dans la catégorie élevée (31 %) et, inversement, ce sont les gens mariés ou vivant en couple dont la proportion de score élevé est significativement la plus basse (19 %). Le score des personnes séparées et divorcées demeure plus élevé que celui des autres **états matrimoniaux** quel que soit le groupe d'âge ou le sexe. Cette observation confirme d'ailleurs les résultats obtenus lors de l'Enquête Santé Canada. Les veufs (veuves) et les personnes seules n'affichent pas un écart significatif avec les personnes mariées ou vivant maritalement, bien qu'à première vue, les veufs (veuves) semblent se retrouver en plus grande proportion dans le quintile supérieur.

Le niveau de détresse psychologique des individus est associé étroitement à leurs conditions socio-économiques et les données de l'enquête Santé Québec mettent en évidence ce rapport. Il y a une relation inverse entre le niveau de **scolarité relative*** et la proportion d'individus présents dans la catégorie élevée du PSI. Cette proportion passe de 26 % chez les moins scolarisés à 19 % chez les plus scolarisés, avec un écart significatif

entre ces deux catégories. Encore une fois, ces résultats corroborent les observations de Santé Canada.

Tableau 64
Répartition des personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

État matrimonial	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Marié(e)s	19,3	621 107	17,87-20,79 [1]
Séparé(e)s/divorcé(e)s	30,8	121 781	25,96-35,68 [1,2]
Veuf(ve)s	27,0	59 060	20,69-33,23
Seul(e)s	22,2	213 820	19,38-24,98 [2]

Note: Les intervalles de confiance ayant le même exposant sont significativement différents.

Tableau 65
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon la scolarité relative*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Scolarité relative	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Quintile 1	26,2	220 719	23,07-29,41 [1,2]
Quintile 2	21,0	187 713	18,18-23,88
Quintile 3	22,3	206 714	19,43-25,15
Quintile 4	19,1	199 092	16,54-21,62 [1]
Quintile 5	19,0	214 514	16,51-21,39 [2]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Lorsque le **statut d'activité** est considéré, les personnes qui ne travaillent pas pour raisons de santé forment le plus fort contingent du groupe qui obtient le plus haut niveau de détresse psychologique (37 %) et ce, quel que soit le sexe des répondants. Par ailleurs, les personnes aux études ou qui tiennent maison sont plus nombreuses à obtenir des scores plus élevés que celles qui travaillent. Les résultats de l'Enquête Santé Canada identifiaient le groupe des personnes inactives pour d'autres raisons que la santé, comme groupe ayant un niveau de symptomatologie plus élevé, ce qui ne semble pas le cas dans la présente enquête.

La **catégorie professionnelle** n'amène pas de différences significatives à l'échelle de détresse psychologique, même si les cols bleus du secteur primaire sont plus nombreux dans le groupe du plus bas niveau de détresse

psychologique. Il est à noter qu'Ilfeld observait des scores plus élevés parmi les individus ayant un bas niveau professionnel. Le nombre peu élevé de répondants, dans certaines catégories d'emploi, et le type de classification utilisée masquent peut-être les liens existants entre le niveau d'emploi et le PSI.

Tableau 66
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon le statut d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Statut d'activité	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Travail	17,8	458 835	16,17-19,35 [1,2,3]
Études	25,6	133 935	21,59-29,55 [1,4]
Tenir maison	25,5	216 713	22,34-28,58 [2,5]
Inactifs, santé	37,4	80 514	30,54-44,34 [3,4,5,6]
Inactifs, autres	19,3	156 026	18,11-24,43 [6]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Tableau 67
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon la catégorie professionnelle, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Catégorie professionnelle	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Cols blancs, direction	16,4	131 043	13,67-19,15
Cols blancs, adminis.	21,6	178 042	18,62-24,62
Cols bleus, primaire	11,6	8 616	3,82-19,40
Cols bleus, secondaire	16,4	78 853	12,86-19,92
Cols bleus, tertiaire	19,3	113 375	15,88-22,68

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

L'Enquête Santé Canada avait noté le lien entre le **revenu** et le niveau de symptomatologie. Tout comme en 1978, il y a une relation inverse entre le niveau de revenu et la proportion de personnes dans la catégorie

élevée de détresse psychologique, qui passe de 29 % parmi les plus pauvres à 17 % chez les riches. L'écart entre ces deux catégories de revenu est significatif et ces résultats corroborent également ceux obtenus par Ilfeld en 1976.

Tableau 68
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon le niveau de revenu*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance ($\alpha = 0{,}01$)
Très pauvres	19,3	621 107	17,87-20,79[1]
Pauvres	30,8	121 781	25,96-35,68[1,2]
À revenus moyens	27,0	59 060	20,69-33,23
Riches	22,2	213 820	19,38-24,98[2]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Le niveau de détresse psycholoqique et l'état de santé physique semblent étroitement reliés[5]. Il existe une relation significative entre l'indice de **santé globale*** et le score obtenu au PSI. Les personnes affligées d'une incapacité sévère se trouvent trois fois et demie plus souvent dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique que les personnes n'ayant aucune maladie. Suivent les personnes ayant une incapacité restreinte (40 %) et celles avec plusieurs conditions chroniques. Les individus de ces trois catégories obtiennent d'ailleurs un score significativement plus élevé que les trois autres catégories définies selon l'indice d'état de santé. Cette relation semble se maintenir quels que soient l'âge et le sexe des répondants. Ici aussi, les résultats de Santé Québec confirment les tendances observées lors de l'Enquête Santé Canada.

5. L'indice d'état de santé tient compte à la fois de la présence d'un problème de santé physique ou de santé mentale et de la restriction des activités qui y est associée.

Tableau 69
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon l'indice de santé globale*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Indice de santé globale	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Incapacité sévère	51,2	112 306	44,18-58,30[1,2,3,4]
Incapacité restreinte	40,5	61 485	32,13-48,77[5,6,7]
Condition chronique 1	29,7	220 291	26,22-33,24[1,8,9,10]
Condition chronique 2	20,0	225 143	17,47-22,45[2,5,8]
Symptomatique	20,7	119 652	17,20-24,26[3,6,9,11]
Aucune maladie	14,5	297 243	12,84-16,08[4,7,10,11]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Le niveau de stress associé aux **événements stressants** survenus au cours des 12 mois précédant l'enquête est également associé à la détresse psychologique. Les proportions obtenues varient de 17 % pour la catégorie « aucun » événement de l'indice de stress jusqu'à 40 % pour un niveau de stress élevé. De fait, il existe un écart significatif provoquant un clivage des répondants entre les catégories, moyenne et faible de l'indice de stress. Cette association entre le niveau de stress et la détresse psychologique semble se maintenir, quels que soient l'âge et le sexe des répondants.

Tableau 70
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique*, selon l'indice d'événements stressants*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Indice d'événements stressants	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Aucun	17,3	452 582	15,76-18,86[1,2]
Faible	17,7	191 014	15,31-20,17[3,4]
Moyen	28,2	165 061	24,29-32,07[1,3]
Élevé	40,0	214 201	35,64-44,50[2,4]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

L'indicateur de **satisfaction face à la vie sociale*** donne des résultats encore plus probants que l'indice précédent. Parmi les personnes affichant un niveau de satisfaction élevé, seulement 10 % se retrouvent dans la catégorie ayant un haut niveau de détresse psychologique, alors que cette

proportion grimpe à 49 % chez les personnes insatisfaites de leur soutien social. Ces différences sont d'ailleurs statistiquement significatives entre toutes les catégories de réponses de l'indicateur. L'âge et le sexe ne semblent pas altérer l'association entre cet indicateur et le PSI.

Tableau 71
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique* selon la satisfaction face à la vie sociale, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Satisfaction face à la vie sociale	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance ($\alpha = 0{,}01$)
Très satisfaits	10,3	161 715	8,67-11,87[1,2]
Plutôt satisfaits	22,5	626 320	20,81-24,11[1,3]
Insatisfaits	49,3	253 973	44,69-53,89[1,3]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Plus que toutes autres, la perception de l'état de santé constitue la variable la plus fortement corrélée avec l'indice de détresse psychologique. Seulement 10 % des individus qui se perçoivent en excellente santé se retrouvent dans la catégorie élevée du PSI. Cette proportion augmente régulièrement pour atteindre 71 % parmi ceux qui se perçoivent en mauvaise santé. On observe des écarts significatifs entre presque toutes les catégories de cet indice. Encore une fois, cette relation ne semble pas être affectée par l'âge et le sexe des répondants.

Tableau 72
Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique* selon la perception de l'état de santé, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Perception de l'état de santé	Pourcentage	Population estimée	Intervalle de confiance ($\alpha = 0{,}01$)
Excellente	10,0	92 836	7,95-12,07[1,2,3]
Très bonne	14,3	290 587	12,70-15,94[4,5,6]
Bonne	27,5	387 155	43,67-53,77[1,4,7,8]
Moyenne	48,7	208 844	43,67-53,77[2,5,7,9]
Mauvaise	70,8	62 081	60,65-80,99[3,6,8,9]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Une analyse multivariée préliminaire complète cette description de la détresse psychologique des Québécois et Québécoises. Cette analyse sélectionne parmi deux groupes de variables socio-démographiques d'une part, et d'état de santé et contextuelles d'autre part, celles qui contribuent le plus à augmenter le niveau de détresse psychologique[6]. Une régression multiple pas à pas, incluant en premier lieu le groupe des variables socio-démographiques suivi des autres variables, donne des résultats intéressants. Du groupe des variables socio-démographiques, seuls le sexe, le niveau de revenu*, la scolarité* relative et le statut d'activité* apportent une contribution marginale significative. Ces variables socio-démographiques expliquent 3,1 % de la variance de l'échelle de détresse psychologique.

La contribution du deuxième groupe de variables d'état de santé et d'environnement à la variation de la détresse psychologique apparaît plus importante puisque ces variables expliquent 22 % de la variance. Les variables qui contribuent le plus sont les indices de santé globale, d'événements stressants, de problèmes reliés à l'alcool et de satisfaction face à la vie sociale.

L'ensemble des variables incluses dans le modèle permet d'expliquer le quart de la variance de l'échelle de détresse psychologique, soit 25 %. Il est intéressant de constater l'effet plus accentué des variables liées à l'environnement social et à l'état de santé et ce, après que l'on ait soustrait l'effet des variables socio-démographiques. L'intérêt de ces résultats est d'autant plus grand qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de variables sur lesquelles il est possible d'intervenir.

6. La variable dépendante utilisée pour cette analyse est l'indice de détresse psychologique sous forme continue. Pour les fins de cette analyse exploratoire, les variables socio-démographiques sont: le sexe, l'âge, le niveau de revenu, la scolarité relative, l'état matrimonial (marié vs autres), la langue d'usage (français vs autres), et le statut d'activité (travail/étude vs autres). Les variables liées à l'état de santé sont les indices d'état de santé, de saines habitudes de vie, et d'alcoolisme. Les variables contextuelles sont formées des indices d'intégration sociale, de support social et d'événements stressants.

Résumé

La distribution de l'indice de détresse psychologique* dans la population québécoise de 15 ans et plus laisse voir des niveaux plus élevés de détresse psychologique parmi les femmes, les personnes séparées ou divorcées, les individus ayant un bas niveau de scolarité, les personnes qui ne travaillent pas pour raisons de santé et également parmi celles considérées comme les plus pauvres. Ceci avait été noté par Ilfeld et l'Enquête Santé Canada. Contrairement à Ilfeld cependant, on n'observe pas de différences significatives entre le niveau de détresse psychologique et l'âge des répondants ou la catégorie professionnelle.

Les personnes qui perçoivent leur état de santé de façon moyenne ou négative, ainsi que les personnes qui sont atteintes d'une incapacité sévère ou restreinte, affichent également un niveau de symptomatologie élevé, signalant ainsi la relation entre la santé physique et le niveau de détresse psychologique. Les indices de mesure de la santé mentale utilisés lors de l'enquête canadienne de 1978-1979, quoique différents, soulignaient également cette interrelation dans l'ensemble de la population.

Les personnes insatisfaites de leur soutien social et celles qui ont un indice de stress élevé obtiennent des scores plus élevés à l'indice de détresse psychologique.

Il est difficile actuellement de tracer l'évolution de la santé mentale au Québec en raison de l'absence notable d'études dans la communauté. Cependant, les résultats obtenus par Santé Québec sur l'indice de détresse psychologique confirment les principales constatations effectuées par Ilfeld, lors de l'enquête de 1976 à Chicago et corroborent certains des résultats obtenus lors de l'Enquête Santé Canada de 1978. Pour une première fois à la grandeur du Québec, les résultats de Santé Québec mettent en évidence le rapport entre les conditions socio-économiques, l'état de santé, l'environnement social et le niveau de détresse psychologique telle que mesuré par le PSI.

5.4 Bien-être psychologique

L'indice de bien-être psychologique est un indice de « santé mentale positive » qui a pour but de mesurer la perception subjective et globale qu'ont les individus de leur état de santé psychologique. L'échelle de bien-être de l'enquête Santé Québec (BESQ) est une version considérablement modifiée de la première partie du General Well Being Schedule de Dupuy (14). Elle a été mise au point par l'équipe de chercheurs chargée de réaliser le projet pilote de Santé Québec (12) et explore sept dimensions: l'énergie, le contrôle des émotions, l'humeur générale, l'intérêt face à la vie, le stress ressenti, la perception de l'état de santé et l'isolement émotionnel. Pour chacune des sept dimensions, une question explore l'affect positif tandis qu'une autre explore l'affect négatif. L'indice tient compte de la durée des diverses manifestations de l'affect au cours de l'année précédant l'enquête. Un score élevé indique un niveau de bien-être psychologique élevé. Les répondants ont été répartis en quatre classes de bien-être: très élevé, élevé, moyen et faible.

Lors de l'enquête pilote, le BESQ n'avait pas été validé et les résultats obtenus à cette échelle n'ont pu être analysés. Pour cette raison, Santé Québec n'a analysé que les associations avec certaines variables indépendantes afin de voir si elles correspondent à celles d'autres enquêtes réalisées avec des échelles semblables. Les réponses concernant la perception de la santé ont été omises du calcul de l'indice BESQ, à cause de la trop faible corrélation entre l'affect positif et l'affect négatif[7]. La cohérence interne des questions mesurant l'affect positif, d'une part, et l'affect négatif, d'autre part, a été vérifiée. Lorsque les questions relatives à la perception de la santé sont exclues, le coefficient de consistance interne (Cronbach α) est de 0,81 pour les questions mesurant l'affect positif, et de 0,89 pour les questions mesurant l'affect négatif. Par ailleurs, une certaine indépendance des affects positifs et négatifs est souvent observée dans les échelles de santé mentale positive (15).

Près des trois quarts des Québécois sont en bonne forme psychologique, quel que soit leur **âge**. On note une différence significative entre hommes et femmes: 78 % des hommes ont un haut niveau de bien-être, comparativement à 70 % des femmes; cette différence suivant le sexe ne vaut que pour les personnes mariées ou vivant en union libre.

La vie de couple est positivement associée au bien-être chez 75 % des gens. Les gens qui vivent seuls et qui n'ont jamais été mariés ont aussi un

7. Pour une information plus complète sur la méthodologie, voir le cahier technique 87-06.

niveau de bien-être élevé et très élevé puisque 73 % d'entre eux cotent haut à l'échelle BESQ. En revanche, les ruptures de couples sont associées à une baisse significative du niveau de bien-être psychologique. Seulement 57 % des divorcé(e)s et séparé(e)s et 54 % des veufs et veuves se classent à un niveau de bien-être élevé et très élévé.

Tableau 73
Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle de bien-être psychologique, selon le groupe d'âge, le sexe et l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Sexe/groupe d'âge État matrimonial	Score élevé et très élevé	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Hommes			
15-24	79,4	401 425	75,67-83,19
25-44	80,0	856 491	77,43-82,55
45-64	74,7	440 041	70,96-78,42
65 et +	70,4	154 849	63,99-76,87
Total	77,7	1 852 806	75,89-79,45[1]
Femmes			
15-24	70,8	354 175	66,54-75,06
25-44	72,7	791 153	67,43-77,99
45-64	68,0	426 377	64,13-71,91
65 et +	64,6	183 363	58,66-70,54
Total	70,3	1 755 068	68,37-72,19[1]
État matrimonial			
Marié(e)s	74,5	2 462 449	76,96-76,12[1,2]
Séparé(e)s/ divorcé(e)s	57,1	229 527	51,90-62,22[1,3]
Veuf(veuve)s	53,5	133 490	46,90-60,10[2,4]
Seul(e)s	53,5	717 735	70,54-76,44[3,4]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

La proportion des gens ayant un bien-être élevé ou très élevé semble augmenter au fur et à mesure qu'augmente le revenu familial et va de 61 % pour les répondants ayant déclaré un revenu familial de moins de 12 000 $ annuellement ou moins, à 80 % pour ceux et celles dont le revenu familial atteint ou dépasse le seuil de 50 000 $. Quand on compare les revenus familiaux inférieurs à 20 000 $ et ceux supérieurs à 30 000 $, la différence est significative.

À mesure que le **niveau de santé** s'accroît, la proportion des répondants déclarant un haut niveau de bien-être augmente. Elle passe de 41 %

chez ceux et celles ayant une incapacité sévère à 81 % chez ceux et celles n'ayant déclaré aucune maladie. Les différences observées pour divers niveaux de santé sont souvent significatives et semblent être liées davantage à l'incapacité qui accompagne la maladie plutôt qu'à la maladie elle-même.

Tableau 74
Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle bien-être psychologique, selon l'indice de santé globale*, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Indice de santé globale	Score élevé et très élevé	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Incapacité sévère	40,5	87 215	33,50-47,50[1,2,3,4,5]
Incapacité restreinte	56,6	83 970	48,06-65,08[1,6,7,8]
Condition chronique 1	65,0	479 272	60,92-68,26[2]
Condition chronique 2	74,9	847 600	72,17-77,57[3,6,9]
Symptomatique	77,7	443 442	74,09-81,37[4,7]
Aucune maladie	80,6	1 648 654	78,77-82,43[5,8,9]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Parmi les gens qui n'ont connu aucun **événement stressant*** au cours des 12 mois précédant l'enquête, quatre sur cinq ont un niveau de bien-être élevé ou très élevé. Le cumul d'événements qualifiés de stressants est associé à une chute directe et significative de la proportion des répondants ayant un haut niveau de bien-être; cette proportion passe à 63 % (niveau moyen d'événements stressants) puis à 51 % (niveau élevé).

Tableau 75
Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle de bien-être psychologique, selon l'indice d'événements stressants*, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Indice d'événements stressants	Score élevé et très élevé	Population estimée	Intervalle de confiance (α = 0,01)
Aucun	80,0	2 087 692	78,36-81,64[1,2]
Faible	77,1	831 577	74,44-79,78[3,4]
Moyen	62,8	370 115	58,63-66,95[1,3,5]
Élevé	51,9	278 674	47,35-56,37[2,4,5]

Note: Les intervalles de confiance indexés du même exposant sont significativement différents.

Résumé

Les déterminants qui sont associés au bien-être psychologique sont les mêmes que ceux qui sont associés à la détresse psychologique, du moins pour les paramètres étudiés (sexe, état matrimonial, revenu familial, indice de santé globale, indice d'événements stressants).

Il ne faut pas nécessairement en conclure que bien-être psychologique équivaut à absence de détresse; pour cela, une analyse plus fine des composantes de l'échelle serait nécessaire.

La concordance des résultats du BESQ avec ceux obtenus à l'échelle affective de Bradburn par Santé Canada est frappante. Les proportions sont pour ainsi dire identiques quand les résultats sont regroupés selon la codification de Santé Canada.

Possibilités des données

Quelques pistes d'analyse à effectuer sont suggérées; elles sont loin d'être exhaustives.

Les liens établis entre les déterminants de la détresse psychologique et du bien-être psychologique mériteraient d'être étudiés à fond pour des sous-groupes de population; par exemple, on peut se demander si les diverses composantes de l'intégration et de la satisfaction sociale ont la même importance pour les hommes et les femmes, les personnes résidant en milieu rural et urbain, les parents de jeunes enfants et les personnes âgées. L'insuffisance du revenu familial, liée à des taux élevés de détresse psychologique, est-elle en soi un facteur explicatif suffisant, ou recouvre-t-elle un ensemble de caractéristiques qui vont souvent de pair avec le niveau économique, et ont peut-être une influence déterminante sur la détresse ou le bien-être psychologique?

Les caractéristiques spécifiques aux personnes ayant des problèmes psychologiques sévères, et aux membres de leur foyer, mériteraient des analyses en profondeur; cela permettrait de formuler des hypothèses sur l'impact que les uns ont sur les autres, et de développer des programmes de soutien communautaires, bénéfiques aux uns et aux autres. Santé Québec offre des possibilités exceptionnelles pour ce genre d'analyse, puisque l'échantillonnage par ménage a permis de recueillir une information complète, non seulement sur les personnes affectées de problèmes psychologiques mais encore sur toutes les personnes qui habitent avec elles.

Bien que l'on puisse raisonnablement supposer que les individus qui réussissent à se suicider y ont d'abord pensé puis tenté de le faire, il faut constater, qu'à l'heure actuelle, le profil des idées suicidaires n'aide pas à comprendre le profil des tentatives de suicide ou celui des suicides réussis. La divergence des différents profils nécessite une analyse en profondeur des données, afin de mettre en évidence les liens allant de l'idée à la tentative suicidaire, puis au suicide réussi. Des études prospectives pourraient être effectuées en comparant, pour une durée de temps donnée, des répondants de l'ESQ ayant rapporté ou non des idées ou des tentatives de suicide.

Références

1. Perrault, C., *Les mesures de santé mentale: possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Santé Québec, Cahier technique 87-06, MSSS, Québec, 1987.

2. Guyon, L., Simard, R., Nadeau, L., *Va te faire soigner, t'es malade*, Stanké International, Montréal et Paris, 1981.

3. Robins, L.N., Helzer, J.E., Weissman, M.M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., et al, « Lifetime Prevalence of Specific Psychiatric Disorders in Three Sites », *Archives of General Psychiatry*, 1984, no 41, p.949-958.

4. Rosenberg, M.L., Smith, J.C., Davidson, L.E., Conn, J.M., « The emergence of youth suicide: An epidemiological analysis and public health perspective », *Annual Review of Public Health*. 1987, no 8, p. 417-440.

5. Tousignant, M., Hannigan, D., Bergeron, L., « Le mal de vivre: comportements et idées suicidaires chez les cégépiens de Montréal », *Santé Mentale au Québec*, 1985, vol.10, no 2, p. 122-133.

6. Rosenkrantz, A.L., « A note on adolescent suicide: Incidence, dynamics and some suggestions for treatment », *Adolescent*, 1978, no 13, p. 209-214.

7. Jarvis, G.K., Ferrence, R.G., Johnson, F.G., « Sex and age patterns in self-injury », *Journal of Health and Social Behavior*, 1976, no 17, p. 146-155.

8. Statistique Canada, *Le Suicide au Canada. Rapport du groupe d'étude national sur le suicide au Canada*, Santé et Bien-être social, Canada, 1987.

9. Charron, M.F., *Le Suicide au Québec. Analyse statistiques*, ministère des Affaires sociales, 1981.

10. Cormier, H.L., Klerman, G.L., Suicide, économie et environnement social au Québec, *Union médicale du Canada*, vol. 114, p. 360-365.

11. Ilfeld, F.W., « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports*, 1976, no 39, p. 1215-1228.

12. Kovess, V., *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psycho-sociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun, 1982.

13. Link, B., Dohrenwend, B., *Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States in Mental Illness in the United States: Epidemiological Estimates*, Preeger, New York, 1980, p. 114-132.

14. Dupuy, H.J., « The Research Edition of the General Psychological Well Being Schedule », document non publié. National centre for Health Statistics, 1980, Hyattscille.

15. Ware, J.E., Johnston, S.A., Davies-Avery, A., *Conceptualization and Measurement of Health for Adults in the Health Insurance Study: Vol III, Mental health*, Rand Corporation (R – 1987/3HEW), Santa Monica, 1979.

Bibliographie

Broadhead, W.E., Laplan, B.H., James, S.A., Wagner, E.H., Schoenbach, V.J., et al., « The epidemiological evidence for a relationship between social support and health », *American Journal of Epidemiology*, 1983, vol. 117, no 5, p. 521-537.

Connell, F.A., Diehr, P., Hart, L.G., « The use of large data bases in health care studies », *Annual Review of Public Health*, 1987, no 8, p. 51-74.

Cronkite, R.C., Moos, R.H., « Methodological issues in estimating main and interactive effects: examples from coping/social support and stress field » *Journal of Health and Social Behavior*, mars 1984, no 25, p. 85-98.

Finney, J., Mitchel, R.E., Cronkite, R.C., Moos, R.H., « Methodological issues in estimating main and interactive effects: examples from coping/social support and stress field », *Journal of Health and Social Behavior*, no 25, mars 1984, p. 85-98.

Ilfeld, F.W., Psychologic Status of community residents along major demographic dimensions, *Archives of General Psychiatry*. 1978, no 35, p. 716-724.

Radloff, L.S., « The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population », *Applied Psychological Measurements*, 1977, no 1, p. 381-389.

Roberge, P., *La clientèle psychiatrique vue à travers le LOCS: quelques éléments de description critique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de l'évaluation et de la planification, 1986.

Santé et Bien-être social Canada, *La santé des Canadiens: Rapport de l'enquête Santé Canada*, Ottawa, 1983, p. 133-143.

Chapitre 6

Perception de l'état de santé des québécois

L'auteure, son organisme et son sujet principal d'analyse

Chantal Langevin, DSC de l'Hôtel-Dieu de Lévis
— perception de la santé

La perception de l'état de santé provient du questionnaire auto-administré (QAA) et concerne les individus âgés de 15 ans et plus. Elle est mesurée par une question où l'individu qualifie sa propre santé.

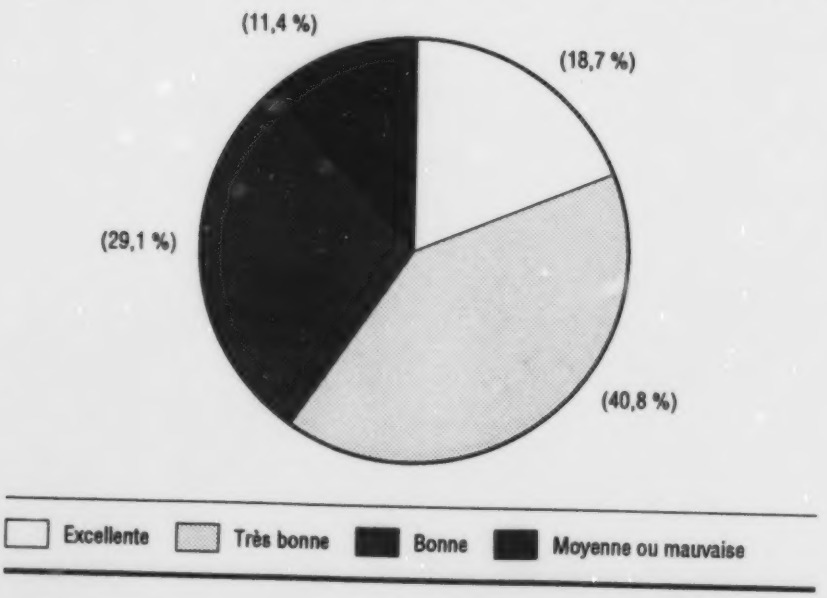
Tout en faisant appel à une notion très subjective de l'état de santé, cette question apporte une précision intéressante en introduisant une référence à un groupe comparatif, les personnes du même groupe d'âge.

Plus de 99 % des répondants au questionnaire auto-administré ont répondu à cette question.

Dans l'ensemble, la population québécoise perçoit son état de santé de façon très positive: 88,6 % des répondants considèrent avoir un état de santé « bon », « très bon » ou même « excellent » par rapport à d'autres personnes de leur âge. À l'opposé, on retrouve 11,4 % de personnes qui définissent leur santé comme « moyenne » ou « mauvaise ».

Graphique 12

Répartition des personnes, selon leur perception de l'état de santé, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

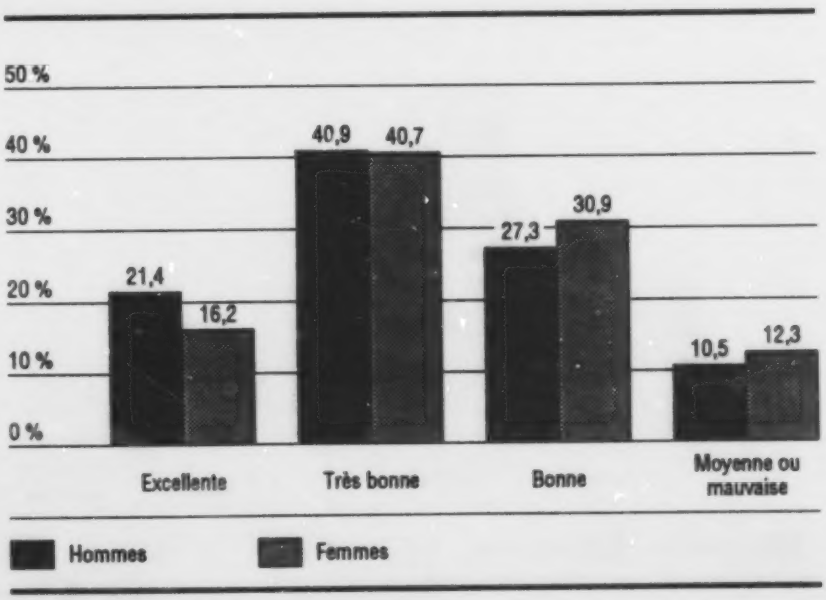


En regard de l'Enquête canadienne sur la Promotion de la Santé de 1985, où cette même question était posée, les Québécois sont moins portés à s'évaluer en excellente ou très bonne santé. Cette différence toutefois est peu marquée: 59,5 % de Québécois se disent en bonne ou en excellente santé dans l'enquête Santé Québec par rapport à 63 % de Québécois et à 60,8 % de Canadiens dans l'Enquête sur la Promotion de la santé (1).

Il n'existe pas de grandes différences de perception entre les **hommes** et les **femmes**. Toutefois, parmi les personnes évaluant leur santé « excellente », on remarque légèrement plus d'hommes (21,4 %) que de femmes (16,2 %). C'est au niveau des jeunes de 15 à 24 ans que l'écart est le plus important: alors que 30,5 % des hommes s'évaluent en « excellente » santé par rapport à 17,7 % des femmes.

Graphique 13

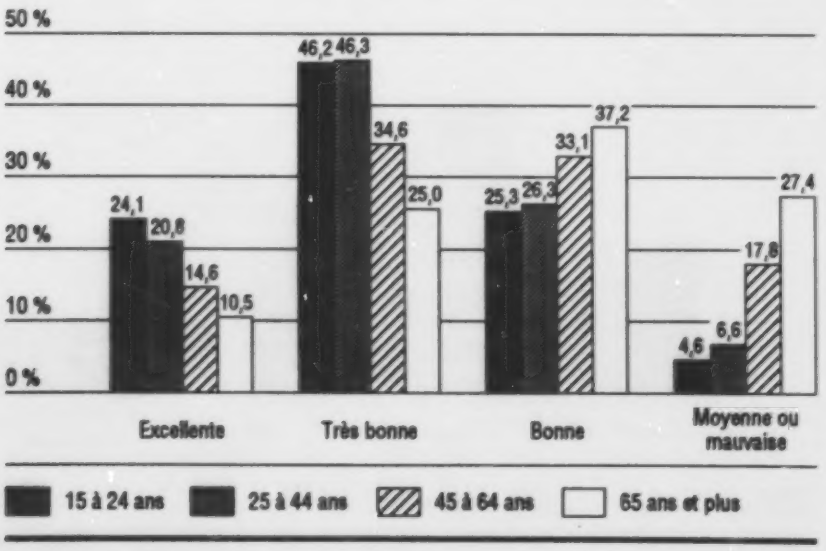
Perception de l'état de santé, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



L'évaluation que font les Québécois de leur état de santé varie de façon très évidente avec **l'âge**. La proportion la plus élevée s'estimant en « excellente » santé se retrouve chez les jeunes de 15-24 ans (24,1 %) et cette proportion décroît dans chaque groupe d'âge pour atteindre 10,5 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Cet écart s'avère encore plus important chez les personnes dont la perception est « moyenne ou mauvaise », où six fois plus de personnes âgées que de jeunes estiment leur santé « moyenne ou mauvaise » (4,4 % chez les 15 à 24 ans contre 27,4 % chez les 65 ans et plus).

Graphique 14

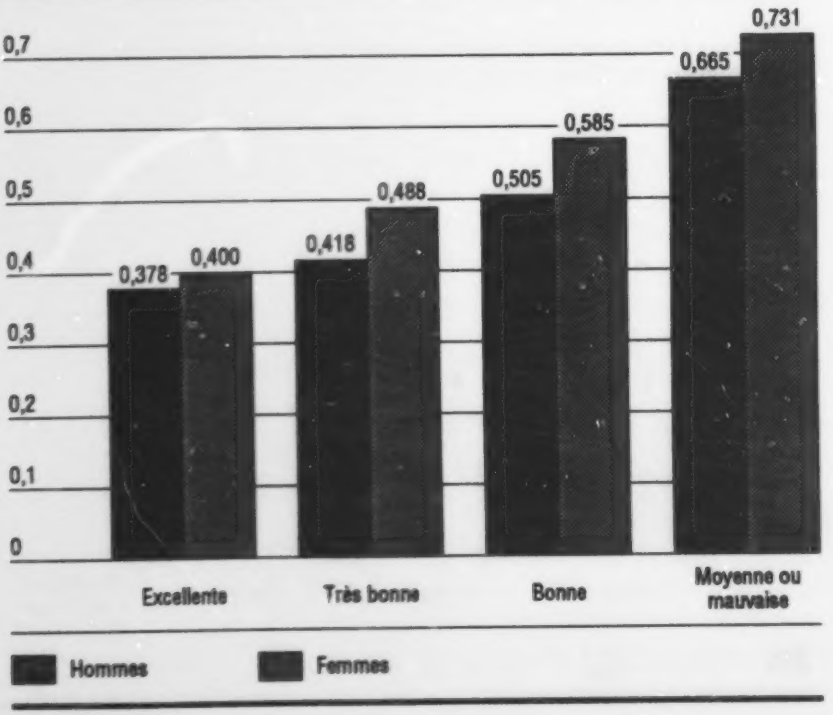
Perception de l'état de santé, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



Les Québécois sont bons juges de leur état de santé, si on se fie à la concordance entre leur perception et l'**indice de santé globale***, une mesure plus objective de leur état de santé. En effet, les individus qui se considèrent en « excellente » santé sont véritablement en meilleure santé que la moyenne de la population. Ceci se vérifie autant chez les hommes que chez les femmes, et cela à l'intérieur de chaque groupe d'âge. Les personnes qui se définissent en « excellente » santé ont une probabilité de 80,9 % d'être en meilleure santé que ceux se percevant en « moyenne ou mauvaise » santé.

Graphique 15

Perception de l'état de santé, selon le sexe et l'indice de santé globale* standardisé, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987
(Probabilité)

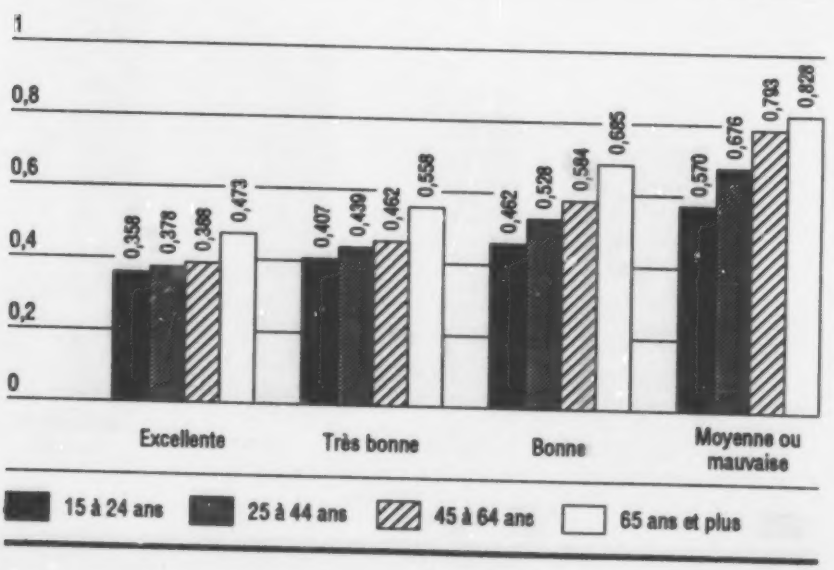


De façon générale, l'état de santé des hommes qui se disent en « excellente » santé est meilleur que celui des femmes se percevant comme tel. Ainsi, à état de santé apparemment équivalent, les femmes ont tendance à se dire en meilleure santé que les hommes. La même situation s'observe entre les plus jeunes et les personnes âgées; ces dernières qualifiant plus souvent leur santé excellente en présence d'un indice de santé global moins bon.

Très peu de changements ont été observés à la suite de la standardisation des données pour tenir compte du plus grand nombre de personnes âgées qui estiment leur santé « moyenne » ou « mauvaise ».

Graphique 16

Perception de l'état de santé, selon le groupe d'âge et l'indice de santé globale*, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987
(Probabilité)



Résumé

La perception qu'ont les individus de leur état de santé est une mesure subjective. Les résultats obtenus démontrent que les Québécois évaluent d'une façon positive leur santé, tout comme c'était le cas dans l'Enquête canadienne sur la Promotion de la Santé.

Plus on est jeune, plus on estime être en meilleure santé que les autres personnes de son âge; par contre, plus on est âgé, plus on juge son état de santé déficient comparativement à ses pairs. De façon générale, les hommes s'estiment en meilleure santé que les femmes.

On note une concordance entre la perception de l'état de santé et l'indice de santé globale: les personnes qui s'évaluent en bonne santé semblent effectivement en meilleure santé que la moyenne des gens.

Possibilité des données

Il sera pertinent d'explorer, par une analyse multivariée, les liens pouvant exister entre la perception qu'ont les gens de leur état de santé et différentes mesures de statut socio-économique tels le niveau de revenu, la scolarité, ainsi que d'autres mesures tels la satisfaction face à la vie sociale, les problèmes de santé physique et mentale et les restrictions d'activité. Les analyses permettraient d'identifier quels facteurs influent le plus, et dans quelle mesure, sur la perception qu'ont les gens de leur état de santé.

Ces analyses pourraient donner suite à l'étude sur l'approche écologique faite par le Conseil des affaires sociales et de la famille (2) à partir des données de Santé Canada.

L'Enquête canadienne sur la Promotion de la Santé et l'Enquête Sociale Générale sont deux sources de comparaison intéressantes en ce qui regarde la perception de l'état de santé. Dans le cas de l'Enquête sur la Promotion de la Santé, la même question était posée par téléphone aux Canadiens de 15 ans et plus. Dans l'Enquête Sociale Générale, la question différait quelque peu alors que la catégorie de réponse « très bonne » était absente. Les personnes âgées de 15 à 64 ans étaient interviewées par téléphone et celles de 65 ans et plus participaient à une entrevue à la maison.

Il sera enfin très pertinent de comparer la perception et d'autres paramètres d'état de santé avec les données provenant d'autres fichiers, par exemple MED ECHO, RAMQ, et le fichier des décès.

Références

1. Clarkson, M., *Enquête canadienne sur la promotion de la santé (1985): description des données québécoises*, Québec, Service des études socio-sanitaires, MSSS, 1987, 174 p.

2. Dillard, S., *Le point sur les habitudes de vie: approche écologique*, CASF, 1986.

Chapitre 7

Problèmes sociaux

L'auteure, son organisme et son sujet principal d'analyse

May Clarkson, MSSS, Direction de l'évaluation
— problèmes sociaux

Consultants

— Michel Tousignant, UQAM

— Jean Renaud, Université de Montréal

Cette section traite de certains problèmes sociaux sujets au déni, tels que l'abus d'alcool, la toxicomanie, la violence familiale et la personnalité antisociale. L'approche utilisée a été adaptée du Epidemiological Network Survey (E.N.S.), une méthode développée par Murphy et al. (1) pour évaluer les prévalences de l'abus d'alcool et de divers autres types de comportements déviants. Cette méthode fait appel à un informateur-clé (la « personne de référence » dans le cas de l'enquête Santé Québec) à qui on pose des questions sur des personnes faisant partie de son réseau social, choisies aléatoirement, et qui demeurent anonymes.

La technique consiste à demander à l'informateur d'identifier parmi ses connaissances trois personnes qui doivent habiter le Québec et ne doivent pas faire partie de son foyer. Pour ce faire, l'intervieweur présente au répondant un jeu de 51 cartes, sur chacune desquelles est inscrit un profil démographique très général du type:

— un homme de 45 à 54 ans, marié ou vivant en couple;

— une femme de 25 à 34 ans, célibataire;

— et ainsi de suite.

La fréquence de ces profils correspond à la distribution par âge, par sexe et statut matrimonial, observée dans la population du Québec, lors du recensement de 1981.

S'il advient que l'informateur ne connaît personne qui corresponde au profil décrit, il peut tirer une nouvelle carte, et ce, jusqu'à concurrence de 10 cartes.

Lorsque le choix des cartes est complété, l'interviewer pose à l'informateur-clé des questions sous la forme: « y a-t-il parmi ces personnes quelqu'un qui (par exemple: a des problèmes avec la boisson?) ».

Si l'informateur-clé répond oui, l'interviewer lui présente une fiche sur laquelle sont inscrits divers critères possibles d'identification du problème mentionné et lui demande: « qu'est-ce qui vous fait répondre « oui » pour cette (ces) personne(s)? ». C'est la présence d'un ou plusieurs de ces critères qui permet de confirmer l'existence du problème. Ces critères s'inspirent du DSM III en ce qui concerne l'abus de drogue ou d'alcool et la personnalité antisociale, et de la Loi québécoise de protection de la jeunesse en ce qui concerne les enfants maltraités. Une seule question — soit celle qui porte sur les personnes battues d'âge adulte — ne comporte pas une telle liste de critères et, de ce fait, risque de présenter plus de problèmes d'interprétation.

La population visée par cette section est celle des personnes de 15 ans et plus, habitant le Québec (mais sans aucune précision de localité ou de région) et sur lesquelles on possède, au niveau des variables indépendantes, l'information suivante: sexe, groupe d'âge décennal et état matrimonial.

Le taux de non-réponse à cette section est très faible puisque moins de 1 % des informateurs-clés ont refusé de se prêter au jeu des cartes.

L'échantillon ainsi tiré (chaque informateur-clé ayant tiré trois cartes) se compose de 31 263 individus qui, au niveau du **sexe** et du **statut matrimonial**, se distribuent de la façon suivante:

Tableau 76
Répartition des informateurs-clés selon le sexe et l'état matrimonial, Québec, 1987

	Enquête Santé Québec 1987 %	Recensement 1981 %	Recensement 1986 %
Sexe			
Hommes	48,5	48,7	48,4
Femmes	51,5	51,3	51,6
État matrimonial			
célibataires	31,3	30,2	28,9
marié(e)s	56,8	59,3	59,0
séparé(e)s/divorcé(e)s	7,1	4,7	6,0
veuf(ve)s	4,8	5,8	6,1

En annexe, on trouvera un tableau qui reprend de façon plus détaillée la distribution de l'échantillon selon le groupe d'âge, le sexe et l'état matrimonial. Comme le précisent Tousignant et Murphy (2), l'utilisation d'une méthode d'interrogation sur des tierces personnes permet l'inclusion, dans l'échantillon, de personnes qu'on n'aurait pu interviewer directement (personnes qui refusent de répondre, incapables de répondre, sans domicile fixe ou souvent absentes du foyer); par contre, la méthode présente l'inconvénient que les personnes « connues » ou qui ont un réseau social développé ont plus de chances de se retrouver dans l'échantillon que les personnes moins « visibles » ou plus isolées.

La méthode développée par Tousignant et Murphy a été partiellement validée par ces chercheurs (validation de convergence), en ce qui concerne

la problématique de l'abus d'alcool. Dans l'enquête Santé Québec toutefois, cette méthode a été suffisamment modifiée pour qu'on doive la considérer comme une démarche originale demandant à être entièrement validée. Pour ce faire, il faut évaluer deux aspects principaux de l'approche employée, soient la validité de l'instrument comme tel (mesure-t-il bien ce qu'il est censé mesurer?) et le mode de sélection de l'échantillon (cet échantillon est-il vraiment représentatif de la population visée?).

Si l'on reconnaît la validité d'un instrument à ce qu'il mesure bien ce qu'il est censé mesurer, encore faut-il s'entendre sur la définition de l'objet à mesurer. Par exemple, Murphy et al. (1979) précisent qu'ils n'ont pas tenté d'évaluer la prévalence de l'alcoolisme, mais d'un abus d'alcool rendu manifeste par des troubles sociaux, somatiques et de comportement. En d'autres termes, la méthode permet d'identifier dans l'échantillon les buveurs « visibles », ou ceux dont les problèmes sont très apparents, mais non les buveurs « honteux » ou socialement moins visibles.

Puisque l'information recueillie repose entièrement sur la « visibilité » du problème , on croit que les fréquences obtenues sur chacun des problèmes mentionnés seront des taux « plancher », c'est-à-dire qu'ils iront plus dans le sens d'une sous-estimation que d'une surévaluation du problème. Ceci devrait être particulièrement vrai en ce qui concerne les problèmes vécus dans le secret et l'isolement, telle la violence familiale. Les fréquences obtenues par la méthode des tiers devraient s'approcher davantage des fréquences de cas connus, déclarés, que d'une véritable prévalence des problèmes.

Jusqu'à maintenant, la démarche de validation a consisté surtout dans la comparaison de données obtenues par la méthode des tiers avec les données disponibles par le biais d'autres sources (incluant l'enquête Santé Québec auprès de la population). Si l'on considère par exemple l'abus d'alcool, on a comparé les données obtenues par la méthode des tiers aux données obtenues par questionnement direct et concernant la dépendance à l'alcool*, selon les critères du DSM III*. Si l'on compare les données obtenues selon le sexe, on obtient les données suivantes.

Tableau 77
Problèmes reliés à l'alcool, suivant la méthode des tiers et celle de la dépendance à l'alcool*, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Problèmes reliés à l'alcool	Hommes	Femmes	Total
Problèmes visibles d'alcool (méthode des tiers)	9,4	3,4	6,3
Dépendance à l'alcool (DSM 111)	10,4	2,8	6,3

L'information obtenue dans les deux cas va sensiblement dans le même sens. Pour poursuivre la démarche de validation, on pourra comparer les données selon l'état matrimonial de la personne. Quant aux données selon l'âge, elles seront difficilement utilisables. En effet, plusieurs des cartes employées dans la sélection des tiers portent une description qui ne permet pas de connaître de façon suffisamment fine le groupe d'âge auquel l'individu appartient (par exemple: « femme, célibataire, 25 ans et plus »). Il s'agit là d'un problème dans la conception du jeu de cartes qui gagnerait à être corrigé, lors d'une utilisation subséquente.

Quant à la drogue, 3,1 % des Québécois de 15 ans et plus auraient des problèmes qui y sont reliés selon la méthode des tiers; de même, si l'on se fie à l'interrogation directe, 2,5 % des Québécois de 15 ans et plus disent avoir eu des problèmes de santé au cours de l'année passée, suite à l'utilisation d'une drogue (question 29a du QAA).

Considérons maintenant la « personnalité antisociale ». D'après les données obtenues selon la méthode des tiers, 1,3 % des Québécois présenteraient ce problème, soit 2 % des hommes et 0,6 % des femmes. Or d'après le DSM III*, chez les Américains, la prévalence de ce type de problème serait d'environ 3 % chez les hommes et de moins de 1 % chez les femmes. On voit donc que pour des problèmes relativement visibles — abus de drogue ou d'alcool, personnalité antisociale — les informations obtenues par la méthode des tiers se rapprochent de celles que l'on obtient par d'autres sources. La comparaison avec des données provenant d'autres sources peut toutefois s'avérer plus difficile dans le cas des problèmes de violence familiale. Enfin, la validation de la méthode des tiers, telle qu'employée dans Santé Québec, soulève également d'autres types de problèmes et, en particulier, ceux de la difficulté posée par la méthode échantillonnale retenue et de la représentativité de l'échantillon pour ce genre d'approche.

En gros, il semble possible de dire que l'échantillon se rapproche de la population québécoise en ce qui concerne l'âge, le sexe et l'état matrimonial, mais comme on ne possède aucune autre information sur les individus considérés, il nous est impossible de savoir si, au niveau de diverses autres variables, l'échantillon demeure représentatif de la population. On sait par exemple que dans l'échantillon de l'enquête Santé Québec, les Anglophones sont sous-représentés; la pondération des données de l'enquête tient compte de ce fait. Cela implique-t-il que dans l'échantillon des tiers, les Anglophones sont également sous-représentés? Ce serait le cas si chacun des informateurs-clés de l'enquête, au moment du tirage des cartes, avait nécessairement identifié dans sa tête un individu qui partage sa langue; or,

rien ne permet une telle inférence. D'autre part, doit-on pondérer les données sur les tiers en raison de la région ou du DSC où habite l'informateur-clé? Ceci ne serait pertinent que si l'on pouvait présumer que l'informateur, à qui on demande de choisir parmi ses connaissances un individu répondant à certaines caractéristiques géographiques et qui habite au Québec, pense nécessairement à quelqu'un qui demeure dans son voisinage immédiat. En d'autres termes, ceci revient à dire qu'on ne peut utiliser, dans l'échantillon des tiers, que des données brutes, faute de connaître les facteurs possibles de pondération.

Il reste toutefois possible de comparer les données obtenues en fonction de la langue de l'informateur-clé, par exemple, ou de la région où il habite; si la fréquence de problèmes chez les tiers ne varie pas significativement suivant les caractéristiques de l'informateur-clé, on pourra déduire qu'il n'aurait pas été utile de pondérer les données en tenant compte de ces facteurs.

7.1 Personnes battues

Chez les Québécois de 15 ans et plus, 1,1 % se feraient battre par quelqu'un de leur entourage, de façon suffisamment visible pour que le fait soit connu à l'extérieur de leur foyer. Cette fréquence serait de 2,4 % chez les personnes séparées ou divorcées, 1,2 % chez les personnes mariées, 0,8 % chez les célibataires et 0,3 % seulement chez les veufs (ves). Les personnes battues seraient plus souvent des femmes (1,7 %) que des hommes (0,5 %).

7.2 Personnes qui ont des problèmes de drogues

La proportion des Québécois qui auraient des problèmes de drogue est de 3,1 % soit de 4,4 % des hommes et 1,8 % des femmes. Les problèmes de drogue seraient plus fréquents chez les célibataires (5,4 %), puis chez les personnes séparées ou divorcées (3,0 %), chez les personnes mariées (2,0 %) et enfin chez les veufs(ves) (0,3 % seulement). Les problèmes de drogue seraient particulièrement fréquents chez les 15-24 ans (6,0 %), pour diminuer ensuite d'un groupe à l'autre.

7.3 Personnes qui ont des problèmes avec la boisson

Quant aux problèmes visibles de l'alcool, ils toucheraient 6,3 % de la population québécoise, soit 9,4 % des hommes et 3,4 % des femmes. Si l'on considère le statut matrimonial, cette fois, les personnes séparées ou divorcées seraient les plus touchées (9,3 %), suivies des personnes mariées (7,1 %), les célibataires (5,1 %) et les veufs(ves) (2,0 %).

7.4 Personnes qui abusent un enfant

Le pourcentage de personnes de 15 ans et plus qui, de façon connue, battent, négligent ou abusent sexuellement un enfant serait de 0,3 % pour l'ensemble du Québec. Ce pourcentage ne diffère pas, selon les données, d'un sexe à l'autre; il est cependant plus élevé (0,7 %) chez les personnes séparées ou divorcées, suivies des personnes mariées (0,4 %) puis des célibataires (0,2 %).

7.5 Personnes instables et violentes

Quant à la personnalité antisociale — c'est-à-dire, « le genre de personne qui ne garde jamais longtemps un emploi et qu'on peut considérer comme une personne violente, qui se bat, a des problèmes avec la police à cause de sa violence » — elle serait le fait de 1,3 % des Québécois, soit 2 % des hommes et 0,6 % des femmes. Elle serait plus fréquente chez les personnes séparées ou divorcées (1,8 %) et les célibataires (1,7 %) que chez les personnes mariées (1,1 %) et les veufs ou veuves (0,3 %). Elle semblerait également plus fréquente dans les groupes d'âge de 15-34 ans.

Il semble prématuré de donner ici des résultats plus détaillés. On peut toutefois noter au moins une tendance à la polytoxicomanie (alcool et drogue) tant chez les hommes que chez les femmes, et un lien entre la personnalité antisociale et la consommation abusive d'alcool.

Conclusion sur les problèmes sociaux

L'approche des « problèmes sociaux sujets au déni » par des tiers, telle qu'utilisée dans l'enquête Santé Québec, demande une plus longue période de validation et de perfectionnement. Elle semble ne poser aucune difficulté chez l'informateur-clé et rencontre très peu de refus. Par contre, on doit user de prudence dans l'interprétation des résultats parce que l'on ne peut évaluer la représentativité réelle de l'échantillon et l'effet de plan, dans ce cas. Dans la mesure où les résultats obtenus semblent concorder dans plusieurs cas avec ceux que l'on obtient par d'autres sources, on aurait tendance à croire que la méthode est bonne.

Possibilités des données

Dans un premier temps, et pour poursuivre la démarche de validation, il sera utile de voir s'il existe un lien entre la fréquence des problèmes sociaux (selon la perception de l'informateur) et diverses caractéristiques de l'informateur et de son environnement (âge, sexe, langue d'usage, milieu socio-économique, région, etc.). Certaines corrélations pourraient

contribuer à appuyer des hypothèses, entre autres en ce qui concerne l'éventuelle nécessité d'une pondération des données.

Indépendamment de la validation, il pourra être intéressant de considérer quels sont les critères sur lesquels l'informateur se base pour dire que quelqu'un a un problème d'alcool ou de drogue, ou une personnalité antisociale, etc.

Références

1. Murphy, H.B.M., Negrete, J.C., Tousignant, M., « Exploring a New type of Alcoholism Survey », *International Journal of Epidemiology*, vol. 8, no 2, Oxford University Press, 1979, p. 119-226.

2. Tousignant, M., et Murphy, H.B.M., « The Epidemiogical Network Survey: A New tool for Surveying Deviance and Handicaps — A research Notes », *Social Forces*, vol.60, no. 3, March 1982, p. 854-858.

L'état de santé

Implications pour la planification et la prise de décision

Santé physique

Le tout premier élément concerné par cette section est très certainement l'allocation des ressources. Santé Québec remet en lumière ce qui est connu depuis l'Enquête Santé Canada, et ce que confirment les autres enquêtes nationales d'autres pays dont les États-Unis: les principaux problèmes de santé, tels que vécus par la population, ne correspondent pas à ceux qui reçoivent la plus grande part des ressources du système de santé.

Ainsi les problèmes ostéo-articulaires, qui dominent dans les groupes d'âges élevés, devraient en conséquence occuper, par le vieillissement de la population, une place encore plus considérable. Il n'y a pourtant aucun signe d'un déplacement de ressources correspondantes.

Les groupes socio-économiquement défavorisés sont plus atteints par la maladie. De plus, certaines conditions de travail, en particulier le travail de nuit, qui apparaissent aussi comme plus liées aux problèmes de santé, sont plus prévalentes chez eux. Même si on suppose, selon le modèle de Luft (1), qu'une partie de ceux qui sont pauvres le sont devenus à cause de la maladie, la relation inverse doit aussi être envisagée.

On sait depuis longtemps que la déclaration de problèmes est plus élevée chez les femmes, même si leur taux de mortalité est systématiquement moins élevé. Pourtant les écarts importants dans la déclaration, entre autres pour les troubles mentaux ou l'anémie, ne semblent pas encore avoir réussi à faire déclencher une action.

Dans l'ensemble la situation paraît stable et dans certains cas elle paraît s'améliorer; c'est le cas des cardiaques chez les 45-64 ans. Mais la hausse de la déclaration de problèmes, aussi légère soit-elle si on tient compte de l'effet de vieillissement, laisse présager à tout le moins une hausse de la consommation de services ambulatoires.

Les accidents de travail dominent la scène et mobilisent des ressources importantes; l'information disponible dans Santé Québec sur les maux de dos recevra sans doute une attention spéciale. L'enquête fait aussi ressortir l'importance des accidents de loisir et aussi des accidents domestiques chez les personnes âgées; cependant, ils ne semblent faire l'objet d'aucune attention particulière. Il est probable que les accidents de la route soient les plus graves, bien qu'il semble que l'implication d'un tiers-payant d'importance (RAAQ) aide à diriger l'attention (publication de statistiques, etc.) sur eux.

L'indice de santé globale permet une approche très fine de petits groupes de population et même possiblement d'individus. Par opposition aux indices plus larges, telle l'espérance de vie sans incapacité, qui ne peuvent s'appliquer qu'à de grands groupes de population, l'indice de santé globale offre des possibilités au niveau des petits territoires pour mieux définir, entre autres, les besoins et les clientèles. Il serait aussi pertinent de s'appuyer sur cet indice pour permettre une réallocation de ressources beaucoup plus équitable. Indépendamment des questions déjà connues de pauvreté et d'habitudes de vie, les relations significatives entre cet indice et un ensemble de déterminants sociaux (support social, événements de vie) ouvrent la voie à de nouvelles possibilités d'intervention.

Santé mentale

Santé Québec a fait un effort important pour saisir mieux, et plus complètement que l'Enquête Santé Canada, la dimension santé mentale; les résultats sont assez saisissants.

De tous les problèmes de santé mentale, la détresse psychologique est le plus répandu et affecte de 20 à 25 % des individus. C'est un bon indicateur de psychopathologie et un excellent prédicteur de recherche d'aide, formelle et informelle.

Certaines conditions environnementales augmentent le risque de détresse psychologique. Chez les personnes qui vivent ces conditions, si la détresse perdure, elle devient alors un facteur susceptible d'entraîner le développement ultérieur de syndromes dépressifs ou de désordres de l'anxiété. Elle peut aussi pousser à la recherche d'un soulagement rapide sous forme de médicaments, d'alcool ou de drogues.

La détresse psychologique est un puissant moteur de recherche d'aide professionnnelle; elle génère donc une importante demande de services publics ou privés.

C'est aussi un déclencheur prépondérant des demandes de support au réseau social informel. La présence d'un réseau d'interaction social capable d'offrir le type de support requis est probablement, dans l'état actuel de nos connaissances, le facteur de protection le plus efficace qui soit contre la détresse psychologique.

La mise en place de services communautaires professionnels facilement accessibles et de services visant à promouvoir, à supporter et à intégrer les réseaux d'entraide pourraient jouer un rôle efficace. S'il faut

prioriser un ordre d'implantation de ces services, les personnes les plus à risque sont celles souffrant d'un problème de santé qui entraîne de sérieuses restrictions à leur autonomie. La force de l'association entre l'indice de santé globale et celui de détresse psychologique peut permettre de consolider les services à domicile et les services communautaires vers des clientèles plus spécifiques.

Santé Québec établit une association très forte entre le niveau du revenu familial et la détresse psychologique. Accorder la priorité aux individus et aux familles à faibles revenus devient ainsi, si besoin était, encore mieux documenté (2).

Le nombre élevé de femmes ayant un haut score de détresse psychologique vient confirmer les hypothèses suggérées par les analyses antérieures sur la consommation de services et la prise de médicaments. Il faudra poursuivre la recherche, raffiner l'analyse afin de définir les groupes les plus exposés ou les plus susceptibles d'être aidés.

De plus, en santé mentale, des pistes intéressantes ont déjà été explorées. Une exposition accrue aux événements stressants, un contrôle insuffisant sur les conditions de son environnement (3), la désintégration des réseaux sociaux en milieu défavorisé (4) sont des composantes qui influencent la détresse psychologique et se retrouvent plus fréquemment chez les groupes de la population dont les revenus sont nettement inférieurs à la moyenne. Ajoutées aux données de l'enquête, ces connaissances fournissent des arguments nouveaux aux planificateurs.

Les données sur les idées et les tentatives de suicide, si elles sont difficiles à interpréter, fournissent tout de même aux planificateurs de nouvelles indications sur la prévalence et les caractéristiques de différentes sous-populations.

Les problèmes psychologiques qualifiés de sévères ouvrent aussi une porte. À l'heure où le rapport Harnois (8) recommande le maintien dans le milieu naturel des personnes ayant des problèmes de santé mentale, il sera fort utile d'étudier les caractéristiques des ménages au sein desquels réside une personne manifestant de sérieux troubles du comportement. Cela permettra sans doute de tirer des conclusions sur les programmes à mettre sur pied pour favoriser le maintien à domicile, sans taxer outre mesure la résistance des familles.

Perception de la santé

Les gens semblent percevoir leur état de santé avec beaucoup de justesse; tous les indicateurs, tant de santé globale que de santé mentale ou

d'incapacité, se comparent étroitement avec la perception que les gens se font de leur santé. Cette dimension devient importante puisqu'il peut être assez simple de recueillir une telle information et d'en tenir compte dans l'allocation des ressources, afin de spécifier des clientèles cibles et éventuellement d'évaluer l'action.

Problèmes sociaux

D'autre part l'examen des pathologies sociales, telles que cernées par Santé Québec, offre, sur la base des résultats préliminaires, moins de possibilités. Mais cette dimension commence à être explorée; réussir à préciser une prévalence, un milieu pathogène et des clientèles constitue déjà un exploit non négligeable. La poursuite de la démarche de validation et l'approfondissement de la question, par une exploitation plus poussée des résultats disponibles, devraient permettre de mieux comprendre cet univers.

Références

1. Luft, H. S., *Poverty and health: economic causes and consequences of health problems*, Cambridge, Mass., Ballinger Publishing Co, 1978, 263 p.

2. Marmot, M. G., Kogevinas, M., Elston M.A., « Social/economic status and disease », *Annual Review of Public Health*, 1987, no 8. p.111-136.

3. Blane, D., « An assesment of the Black Report's explanations of health inequalities », *Sociologie of Health and Illness*, 1985, no 7. p.423-445.

4. Bouchard, C., Beaudry, J., Chamberland, C., « Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: une étude exploratoire », *Intervention* 1982, no 64, p. 25-33.

5. Harnois, G., Comité de la politique de santé mentale, *Pour un partenariat élargi; Projet de politique de santé mentale pour le Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987,185 p.

PARTIE 3

Les conséquences

Des effets de l'état de santé

Les conséquences de l'état de santé

Cette troisième partie porte sur les états et comportements conséquents à l'état de santé. En premier lieu, on traite de l'impact de la santé sur la fonctionnalité, en termes d'incapacité puis de l'espérance de vie en bonne santé. Ensuite on aborde l'effet de la limitation d'activité dans l'accomplissement des rôles familiaux et sociaux. Enfin, les comportements relatifs à l'utilisation des services, au recours aux soins et à la consommation de médicaments sont analysés.

Chapitre 8

Incapacité

Les auteurs, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Russel Wilkins, Statistique Canada
— incapacité et espérance de vie en bonne santé

Yves Sauvageau, DSC de l'Hôpital Charles-Lemoyne
— incapacité et recours aux services

Consultants

— Jean-Marie Robine, INSERM, France

— Pierre Lafontaine, MSSS, Direction de l'évaluation

Dans le plan d'analyse du rapport de l'enquête Santé Québec, l'incapacité est vue comme une des conséquences d'un mauvais état de santé. Dans ce chapitre, l'incapacité sert aussi d'indicateur de l'état de santé ou, plus précisément, de la mauvaise santé.

Un des meilleurs indices globaux de l'état de santé d'une population est l'espérance de vie en bonne santé, c'est-à-dire l'intégration de la durée et de la qualité de la vie. Afin de calculer cet indice pour le Québec en 1987, il faut tenir compte non seulement des taux d'incapacité tels que révélés dans Santé Québec mais aussi des taux d'hébergement en institution, ce qui permet de comptabiliser les personnes exclues du domaine de l'enquête dans le portrait de la mauvaise santé. Il faut tenir compte également des probabilités de survie tirées des plus récentes tables de mortalité.

Les données sur l'incapacité ont été recueillies dans deux sections distinctes du Questionnaire rempli par l'Intervieweur (QRI). La section I du QRI fait référence à l'incapacité au cours des deux semaines précédant l'interview: journées d'alitement, journées d'incapacité sans alitement et journées de restriction dans l'accomplissement des activités. La section V du QRI aborde plusieurs sortes de limitations à long terme: limitation quelconque, besoin d'aide pour les soins personnels, pour les soins « instrumentaux » (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison), confinement au lit ou au fauteuil et incapacité de sortir de la maison.

Il convient de noter que les personnes vivant dans un établissement de soins de santé à long terme ont été exclues de l'univers couvert par l'enquête, alors que ces personnes sont presque toujours limitées dans leurs activités. Par contre, ces données ont été obtenues d'une autre source (1) afin de les inclure dans le calcul de l'espérance de vie en bonne santé.

De même, les tables de mortalité produites par le Bureau de la statistique du Québec ont servi au calcul de l'espérance de vie en bonne santé et de ses diverses composantes: l'espérance de vie sans incapacité, l'espérance de vie en institution, l'espérance de vie en dehors des établissements mais avec une incapacité à long terme ou avec une incapacité à court terme.

Dans Santé Québec, l'incapacité se révèle de plusieurs façons. Elle est examinée ici selon sa nature et ses effets sur les activités en fonction des caractéristiques socio-économiques. Plus spécifiquement, les dimensions suivantes de l'incapacité sont traitées:

— sa durée (à long et à court termes)

— son niveau (sévère, modéré, léger)

— ses conséquences en termes de mobilité (confinement au lit ou au fauteuil, incapacité de sortir de la maison)

— ses conséquences en termes de dépendance (besoin d'aide pour les soins personnels, pour les activités instrumentales)

— sa cause spécifique (pathologie)

— son origine (congénitale, externe [ou accidentelle], autre)

— son impact sur l'espérance de vie en bonne santé.

8.1 Incapacités

Le nombre de **journées d'incapacité** par personne a été calculé en multipliant par 26 fois le nombre de journées d'incapacité au cours des deux dernières semaines, ce qui donne une moyenne annuelle[1].

L'incapacité est dite « sévère » si la personne doit garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école (sans compter les journées d'incapacité sévère). L'incapacité « légère » comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités. L'incapacité totale est la somme des journées d'incapacité sévère, d'incapacité modérée et d'incapacité légère.

Au Québec en 1987, la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne était de 13,3 pour les hommes, 15,3 pour les femmes et 14,7 pour l'ensemble. En 1978, lors de l'Enquête Santé Canada, les chiffres comparables pour le Québec étaient de 10,5 pour les hommes, 18,6 pour les femmes et 14,6 pour l'ensemble. Il y a donc eu une hausse de 2,8 jours chez les hommes et une baisse de 3,3 jours chez les femmes entre les deux enquêtes.

1. Puisque l'incapacité au cours des deux dernières semaines fluctue selon la saison, et puisque les interviews avaient lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres personnes l'ont été en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. La moyenne annuelle s'applique donc uniquement aux groupes de personnes, et non aux individus. Quoiqu'il serait intéressant de le savoir, les données ne permettent pas de dire quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

Tableau 78
Journées d'incapacité totale et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon le sexe, Québec, 1978-1979 et 1987

Enquête	Incapacité totale			Alitement		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
Enquête Santé Canada, 1978-1979	10,5	18,6	14,6	2,1	4,2	3,2
Santé Québec, 1987	13,3	15,9	14,7	2,7	3,9	3,3

Pour **l'incapacité sévère**, l'enquête de 1987 rapporte 3,3 journées d'alitement par personne, 2,7 journées pour les hommes et 3,9 journées pour les femmes. En 1978, les chiffres comparables étaient de 2,1 journées pour les hommes, 4,2 journées pour les femmes et 3,2 journées pour l'ensemble (compilations non-publiées, fournies par la Division de la santé, Statistiques Canada). Il y a donc eu une hausse de 0,6 jour pour les hommes et une baisse de 0,3 jour pour les femmes.

À mesure que l'âge avance, jusqu'à l'âge de 65 ans, le nombre de journées d'incapacité augmente de façon importante. En effet, le nombre de journées d'incapacité par personne double entre le groupe des 15 à 24 ans et celui des 25 à 44 ans, et double encore entre le groupe des 25 à 44 ans et celui des 45 à 64 ans. À partir de 65 ans, le nombre de journées d'incapacité augmente moins vite. Ceci s'explique en partie par le fait que les personnes susceptibles de connaître de nombreuses journées d'incapacité sont plutôt confinées en institution et ne font donc plus partie de l'échantillon.

Environ la moitié de toutes les journées d'incapacité (53 % chez les hommes, 46 % chez les femmes) est attribuable aux personnes souffrant d'une **incapacité à long terme**. De plus, le nombre moyen de journées d'incapacité, par personne n'ayant pas d'incapacité à long terme, n'est que de 8,2 journées, tandis que celui des personnes ayant une incapacité à long terme est de 77,4 jours. Afin de déterminer la proportion des journées d'incapacité attribuable aux personnes souffrant d'une incapacité à long terme et celle attribuable aux personnes ne souffrant pas d'une incapacité à long terme, il suffit de calculer les journées d'incapacité séparément pour ces deux groupes de personnes.

La proportion des journées d'incapacité due aux origines externes, c'est-à-dire résultant d'un accident ou d'une blessure, est de 12 % pour l'ensemble de la population, dont 19 % chez les hommes et 7 % chez les femmes.

Tableau 79
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne selon le niveau d'incapacité et proportion attribuable à une incapacité à long terme et celle due à une origine externe, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Nombre de jours	Incapacité à long terme	Incapacité d'origine externe	Nombre de jours d'incapacité sévère	Nombre de jours d'incapacité modérée	Nombre de jours d'incapacité légère	Population estimée
Total							
0-14	6,5	12,2	5,5	2,4	1,6	2,6	1 333 996
15-24	7,6	26,1	14,6	1,7	3,3	2,6	1 015 935
25-44	13,7	41,6	14,9	3,0	5,4	5,3	2 194 710
45-64	23,2	63,6	14,8	3,9	12,0	7,3	1 295 202
65-74	25,7	63,2	4,8	7,0	6,3	12,5	405 981
75 et +	36,1	69,3	7,1	10,3	7,5	18,2	198 538
Total	14,7	49,3	11,9	3,3	5,8	5,6	6 444 362
Hommes							
0-14	6,7	15,4	6,1	2,7	1,5	2,5	684 469
15-24	7,0	24,2	23,9	1,5	3,3	2,2	513 593
25-44	11,8	48,2	26,1	2,4	6,3	3,1	1 086 606
45-64	23,7	69,9	26,0	3,0	15,7	5,0	625 917
65-74	25,4	66,5	3,3	5,8	3,1	16,4	174 294
75 et +	22,9	67,6	3,1	5,6	4,4	12,9	78 991
Total	13,3	53,0	19,0	2,7	6,4	4,2	3 163 870
Femmes							
0-14	6,3	8,6	5,0	2,0	1,6	2,6	649 527
15-24	8,1	27,9	7,0	2,0	3,2	2,9	502 342
25-44	15,5	36,7	7,9	3,6	4,6	7,4	1 108 104
45-64	22,7	57,6	6,7	4,7	8,6	9,4	669 285
65-74	26,0	60,9	5,8	7,8	8,6	9,6	231 687
75 et +	44,7	69,9	8,4	13,4	9,8	21,6	119 547
Total	15,9	46,3	6,9	3,9	5,1	6,9	3 280 492

Incapacité à long terme

Les informations sur l'incapacité à long terme nous permettent de distinguer plusieurs types d'incapacité selon leurs conséquences quant à différentes activités.

Une « limitation quelconque » restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire. Une personne est considérée comme

ayant « besoin d'aide » si sa limitation la rend dépendante d'autres personnes pour les soins personnels ou instrumentaux. Les incapacités en termes de mobilité sont classées de deux façons: selon le « confinement au lit » ou « l'incapacité de sortir de la maison ».

Un peu plus de 7 % de la population est limitée dans ses activités à cause d'un problème de santé. À l'âge de 75 ans cette proportion passe à 22 %, soit 17 % chez les hommes et 25 % chez les femmes.

Tableau 80
Population ayant une limitation quelconque à long terme ou besoin d'aide, étant confinée au lit ou au fauteuil ou étant incapable de sortir de la maison, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Limitation quelconque	Besoin d'aide		Confinement au lit ou au fauteuil	Incapacité de sortir de la maison		Population estimée
		soins personnels	soins instrumentaux		depuis 15 jrs	habituellement	
Total							
0-14	3,2	—	—	0,1	0,7	0,3	1 333 996
15-24	3,2	0,1	0,4	—	0,3	0,1	1 015 935
25-44	5,4	0,3	1,2	0,1	0,7	0,1	2 194 710
45-64	13,4	0,9	3,8	0,6	1,8	0,8	1 295 202
65-74	16,9	2,9	7,7	1,7	4,6	3,2	405 981
75 et +	21,6	8,7	21,3	6,3	16,7	13,8	198 538
Total	7,4	1,0	3,0	0,5	1,6	0,9	6 444 362
Hommes							
0-14	3,6	—	—	—	0,7	0,2	684 469
15-24	2,4	0,2	0,5	—	0,5	0,1	513 593
25-44	5,3	0,4	0,9	0,1	0,5	0,1	1 086 606
45-64	13,5	0,9	2,7	0,4	1,4	0,7	625 917
65-74	19,3	3,0	6,5	1,5	3,3	2,3	174 294
75 et +	17,1	5,4	12,1	3,0	8,5	6,8	78 991
Total	7,2	0,8	2,0	0,3	1,1	0,5	3 163 870
Femmes							
0-14	2,7	—	—	0,2	0,7	0,3	649 527
15-24	3,9	0,1	0,4	—	0,1	—	502 342
25-44	5,4	0,2	1,4	—	0,8	0,2	1 108 104
45-64	13,2	0,9	4,8	0,7	2,1	1,0	669 285
65-74	15,1	2,9	8,6	1,8	5,6	4,0	231 687
75 et +	24,5	10,9	27,3	8,6	22,1	18,6	119 547
Total	7,6	1,1	3,9	0,6	2,1	1,3	3 280 492

Moins de 1 % de la population de tout âge vivant en ménage privé a besoin de l'**aide d'une autre personne** pour ses soins personnels (se laver, s'habiller, se nourrir, se déplacer dans la maison), mais ce chiffre s'élève à 9 % chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Environ 3 % de la population de tout âge a besoin d'aide pour les tâches instrumentales (s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager, faire ses commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison), mais 21 % des gens âgés de 75 ans et plus ont besoin d'une telle aide.

Tableau 81
Causes principales de l'incapacité à long terme, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Ostéo-articulaire	Cardio-vasculaire	Acciden-telle	Respiratoire	Mentale	Autres
Total						
0-14	10,8	5,8	2,5	29,6	2,3	49,1
15-24	20,1	1,5	29,0	9,2	7,6	32,7
25-44	29,3	6,0	17,8	3,0	8,2	35,7
45-64	32,4	20,8	9,2	4,3	5,7	27,5
65-74	14,4	32,0	3,5	9,8	1,8	38,4
75 et +	29,9	15,9	4,3	2,0	2,8	45,0
Total	26,0	15,8	10,7	7,2	5,3	35,0
Hommes						
0-14	7,9	3,8	3,6	33,5	3,6	47,6
15-24	18,6	1,1	44,1	8,8	8,2	19,2
25-44	31,1	5,8	24,3	2,7	5,5	30,7
45-64	28,3	23,2	11,7	4,0	4,5	27,6
65-74	6,9	36,2	1,8	14,2	0,4	40,3
75 et +	19,6	25,6	3,8	5,9	3,3	41,6
Total	22,5	17,5	13,8	8.9	4,2	33,0
Femmes						
0-14	14,7	8,6	1,0	24,2	0,5	50,9
15-24	21,0	1,7	18,9	9,4	7,3	41,6
25-44	27,4	6,3	11,2	3,3	10,8	48,9
45-64	36,3	18,6	6,9	4,6	6,8	27,0
65-74	21,6	27,9	5,1	5,5	3,3	36,6
75 et +	34,4	11,7	4,6	0,4	2,6	46,3
Total	29,2	14,2	7,8	5,7	6,3	36,8

On constate également que près de 2 % des personnes âgées de 65 à 74 ans sont confinées au lit ou au fauteuil, contre 6 % chez les 75 ans et plus.

Enfin, près de 2 % de la population est habituellement incapable de sortir de la maison, ou de le faire sans l'aide d'une autre personne; 14 % de la population de 75 ans et plus est dans une telle situation.

Les **causes principales de l'incapacité à long terme** sont en ordre décroissant d'importance: les problèmes ostéo-articulaires (26 % du total), les maladies cardio-vasculaires (16 %), les accidents (11 %), les maladies respiratoires (7 %), et les problèmes d'ordre mental (5 %).

Les maladies respiratoires sont proportionnellement plus importantes chez les moins de 15 ans (30 %) que dans les autres groupes d'âge. Chez les hommes de 15 à 44 ans, les accidents constituent la cause la plus importante tandis que chez les femmes, les maladies ostéo-articulaires dominent. À partir de l'âge de 45 ans, les maladies ostéo-articulaires et cardio-vasculaires sont responsables de la moitié des limitations à long terme.

En déclarant une incapacité, l'interviewé devait signaler si elle provenait d'un accident ou d'une blessure et il devait en préciser la durée. Si l'incapacité dure depuis la naissance, l'origine de la limitation est considérée comme étant « congénitale ». Si elle est due à un accident ou à une blessure, l'origine est dite externe ou « accidentelle ». Le résiduel est porté dans la catégorie « autre ».

Pour l'ensemble de la population, 8 % des limitations à long terme sont d'origine congénitale, 22 % sont d'origine accidentelle et 70 % sont dues à d'autres causes telles que les maladies chroniques de dégénérescence. Néanmoins, l'importance relative de ces trois provenances varie énormément selon l'âge. L'incapacité d'origine congénitale est plus importante chez les enfants, et les accidents sont la principale cause chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. Chez les individus âgés de 45 ans et plus, l'incapacité provient surtout d'autres causes. Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la proportion des limitations à long terme dues aux causes externes est trois fois et demie plus élevée chez les femmes que chez les hommes (12,9 % pour les femmes comparativement à 3,7 % pour les hommes). Par contre, avant l'âge de 65 ans, la proportion attribuable aux causes externes est toujours au moins deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 82
Origine de la limitation à long terme selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987

Sexe et groupe d'âge	Origine de la limitation			
	Congénitale	Accidentelle	Autres	Total
Total				
0-14	45,4	7,2	47,4	100,0
15-24	15,8	36,6	47,6	100,0
25-44	9,0	34,0	57,0	100,0
45-64	1,6	23,2	75,2	100,0
65-74	2,1	8,9	89,1	100,0
75 et +	—	10,0	90,0	100,0
Total	8,2	21,9	69,9	100,0
Hommes				
0-14	40,2	10,1	49,7	100,0
15-24	22,7	55,1	22,2	100,0
25-44	7,6	49,7	42,7	100,0
45-64	2,3	31,6	66,1	100,0
65-74	2,6	6,7	90,7	100,0
75 et +	—	3,7	96,3	100,0
Total	8,8	29,5	61,8	100,0
Femmes				
0-14	55,9	2,9	41,3	100,0
15-24	11,5	24,6	64,0	100,0
25-44	10,4	19,0	70,6	100,0
45-64	1,0	15,0	84,0	100,0
65-74	1,6	10,9	87,5	100,0
75 et +	—	12,9	87,1	100,0
Total	7,6	15,0	77,4	100,0

Au moins **cinq autres enquêtes nationales** sont disponibles maintenant pour comparer la proportion de la population souffrant d'une incapacité à long terme. Dans l'enquête Santé Québec de 1987, 8,5 % de la population âgée de 15 ans et plus connaissait une limitation à long terme dans ses activités. Au recensement de 1986, 9,2 % des personnes du même âge au Québec étaient limitées dans leurs activités ou étaient handicapées (Statistique Canada, compilations spéciales, non publiées). Il serait possible d'obtenir des données tout à fait comparables à partir de l'Enquête sur

la santé et les limitations d'activités (2). Lors de l'Enquête sociale générale de 1985 (3), 8,4 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus était limitée dans ses activités (compilation spéciale). Selon l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada (4), seulement 7,6 % de la population adulte du Québec connaissait le même sort (compilations spéciales). Précisons que pour être considéré « limité » dans cette enquête, l'interviewé devait répondre à des questions filtres et déclarer une cause spécifique d'incapacité, ce qui a probablement dû faire baisser le taux d'environ 2 %. Dans l'Enquête Santé Canada, 12,5 % de la population adulte du Québec était limitée dans ses activités, mais les questions posées n'étaient pas limitées aux maladies ou problèmes chroniques.

Tableau 83
Évolution du taux d'incapacité à long terme selon diverses sources, 1978 à 1987, population âgée de 15 ans et plus, Québec

Année	Sources[1]	Taux %
1987	Enquête Santé Québec (ESQ) (limitations à long terme)	8,5
1986	Enquête sur la santé et les incapacités (pas encore disponible)	—
1986	Recensement du Canada (REC) (limitations et handicaps)	9,2
1985	Enquête sociale générale (ESG) (limitations à long terme)	8,4
1983	Enquête sur la santé et les incapacités (ESIC) (questions filtres: fallait identifier problèmes)	7,6
1978	Enquête Santé Canada (ESC) (pas nécessairement chroniques)	12,5

1. Les enquêtes ne sont pas nécessairement compatibles — voir les différences citées entre parenthèses.

Incapacité selon les inégalités sociales et l'activité

Le nombre de journées d'incapacité et d'alitement (incapacité sévère) varie du simple au double selon le **niveau de revenu**: les pauvres ont au moins 20 journées d'incapacité par année dont six passées au lit, alors que les mieux nantis cumulent 10 journées d'incapacité annuellement dont trois journées d'alitement. De plus, la proportion de la population souffrant d'une incapacité à long terme est trois fois plus élevée chez les pauvres (environ 12 %) que chez les riches (4 %). Ces pourcentages n'ont pas été ajustés pour l'âge.

Tableau 84
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon le niveau de revenu*, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Niveau de revenu	Journées d'incapacité				Incapacité à long terme	Population estimée
	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	%	
Très pauvres	22,6	6,1	8,1	8,5	12,3	571 186
Pauvres	19,7	3,9	7,7	8,0	11,3	925 225
À revenus moyens	13,9	2,8	5,8	5,3	6,7	3 044 465
Riches	10,4	2,7	4,5	3,1	3,9	1 221 369

Selon la **scolarité relative***, les différences en termes de journées d'incapacité sont un peu moins prononcées qu'entre les différents niveaux de revenu: les personnes les plus scolarisées cumulent 16 journées d'incapacité, comparativement à 25 journées chez les moins scolarisées, et 6 % des plus scolarisées souffrent d'une incapacité à long terme, contre 11 % chez les moins scolarisées.

Tableau 85
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la scolarité relative*, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Scolarité relative	Journées d'incapacité				Incapacité à long terme	Population estimée
	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	%	
Q1 plus basse	24,6	3,1	10,0	11,6	11,2	890 295
Q2 moyenne-basse	20,2	4,0	8,3	7,9	9,2	935 726
Q3 moyenne	22,6	5,3	9,2	8,1	7,9	959 191
Q4 moyenne-haute	18,3	3,7	8,1	6,4	6,7	1 073 810
Q5 plus haute	16,3	2,6	6,7	7,0	6,3	1 148 109

Ce sont les personnes dont l'**activité** principale est le travail ou les études qui ont le moins de chances de souffrir d'une incapacité à long terme; elles déclarent le tiers des journées d'incapacité des personnes dont l'activité principale est de tenir maison. Toutefois, comme lors de l'Enquête Santé Canada, on peut supposer que les ménagères regroupent aussi des femmes retraitées ou inactives, ce qui accroît le nombre de « ménagères » avec incapacité.

Il n'est pas surprenant de constater que près de 55 % des personnes inactives à cause d'un problème de santé déclarent une incapacité à long terme, ni de voir qu'elles ont beaucoup de journées d'incapacité et d'alitement.

Tableau 86
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon le statut d'activité, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Statut d'activité	Journées d'incapacité				Incapacité à long terme	Population estimée
	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	%	
Travail	6,4	1,4	2,1	3,0	3,4	2 625 227
Études	5,5	1,5	1,7	2,3	3,3	1 229 277
Tenir maison	17,7	3,7	3,7	10,2	10,8	903 936
Inactivité-santé	127,0	24,6	77,2	25,2	54,6	253 997
Inactivité-autres	18,3	4,7	4,9	8,7	11,8	822 901
Enfant/bébé	8,0	3,6	1,4	3,1	1,9	502 281

Parmi les personnes actives sur le marché du travail, ce sont les employés de bureau qui affichent le plus haut taux d'incapacité à long terme (4,8 %), suivis des cols bleus (3,8 %) et des employés de direction (3,3 %). Les cols bleus et les employés de bureau connaissent aussi davantage de journées d'incapacité et d'alitement que les employés de direction.

Tableau 87
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la profession, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

Profession	Journées d'incapacité				Incapacité à long terme	Population estimée
	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	%	
Direction	9,2	1,5	4,3	3,4	3,3	774 349
Administration	10,5	2,4	3,8	4,4	4,8	824 113
Col bleu	11,2	2,0	6,5	2,7	3,8	1 190 927

Le nombre total de journées d'incapacité varie peu selon la **langue parlée** à la maison. Le nombre annuel moyen de journées d'alitement est plus élevé chez les anglophones (4,6 journées) et les francophones (3,8 journées) que chez les allophones (1,7 journées). Par contre, ces derniers

souffrent plus souvent d'une incapacité à long terme (13 %) que les francophones et les anglophones (8 % respectivement).

Tableau 88
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la langue parlée, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Journées d'incapacité					
Langue parlée	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	Incapacité à long terme %	Population estimée
Français	20,2	3,8	8,1	8,3	8,0	4 219 632
Anglais	21,6	4,6	9,3	7,7	8,2	664 333
Autres	21,8	1,7	10,5	9,7	12,5	152 133

Selon **l'état matrimonial**, les journées d'incapacité et le taux d'incapacité à long terme sont les moins élevés chez les personnes qui ont toujours vécu seules (11 jours et 5 %), suivi des personnes mariées (22 jours et 8 %), des personnes séparées ou divorcées (27 jours et 14 %) et les plus élevés chez les personnes veuves (28 jours et 17 %).

Tableau 89
Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon l'état matrimonial, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Journées d'incapacité					
État matrimonial	Total Nb	Sévère Nb	Modérée Nb	Légère Nb	Incapacité à long terme %	Population estimée
Jamais marié(e)s	10,6	1,9	4,4	4,3	4,9	979 920
Marié(e)s	21,5	4,2	9,0	8,3	7,6	3 314 888
Séparé(e)s/divorcé(e)s	26,9	3,5	12,8	10,6	14,3	409 984
Veufs/veuves	28,1	4,6	6,6	16,9	17,3	252 515

Recours aux services

Les personnes limitées dans leurs activités consultent plus fréquemment un professionnel de la santé (2,3 consultations par année en moyenne), comparativement aux autres personnes (0,8 consultations). Puisque la présence ou l'absence d'une incapacité est un très bon indicateur de l'état de santé d'une personne, il n'est pas surprenant de constater que la consommation moyenne de ces services est bien plus élevée parmi les personnes souffrant d'une incapacité.

Tableau 90
Nombre moyen annuel de consultations auprès de professionnels selon la présence ou l'absence d'une incapacité à long terme, Québec, 1987

Limitation à long terme	Nombre moyen annuel de consultations
Personnes avec limitation à long terme	2,3
Personnes sans limitation à long terme	0,7
Total	**0,8**

8.2 Espérance de vie en bonne santé

Tel qu'indiqué précédemment, le calcul de l'espérance de vie en bonne santé nécessite l'obtention d'information qui dépasse le cadre d'une enquête auprès des ménages. Les tables de mortalité (basées sur les décès par groupe d'âge) fournissent les taux de survie et les années vécues. Les données administratives et financières sur les établissements de soins de santé à long terme (tels que les centres d'accueil d'hébergement et les hôpitaux pour malades chroniques) permettent quant à elles le calcul des taux d'hébergement en institution. Les résultats montrent que 87 % des femmes peuvent s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans) contre 76 % des hommes; par ailleurs, 15 % des personnes âgées de 75 ans et plus sont hébergées en institution.

À la naissance, les Québécoises ont une espérance de vie totale de 79,5 ans. Cependant, en moyenne, elles sont appelées à en passer 1,8 an en institution, 7,2 ans avec une incapacité à long terme et 1,9 an avec une incapacité de court terme; ce qui leur laisse espérer 68,7 ans sans aucune forme de contrainte d'institutionnalisation ou de restriction d'activité. L'espérance de vie des hommes n'est que de 72,1 ans. Cependant les durées de vie avec contraintes sont moins importantes pour eux. Ils peuvent s'attendre à passer 0,9 an en institution, 6 ans avec une limitation à long terme et 1,3 ans avec une incapacité de court terme; ce qui leur laisse une espérance de vie en bonne santé de 64 ans. La différence entre les deux sexes est donc de 7,4 ans de vie totale et de 4,7 ans de vie sans incapacité.

Tableau 91
Taux de survie, personnes-années vécues et taux d'hébergement en institution, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987

	Taux de survie %		
Âge	**Total**	**Hommes**	**Femmes**
0	100,0	100,0	100,0
15	98,8	98,7	99,0
25	98,1	97,5	98,6
45	95,6	94,2	97,0
65	81,5	75,7	87,3
75	60,8	50,0	71,6

(suite)

Groupe d'âge	Personnes-années vécues			Taux d'hébergement en institution (%)		
	Total	**Hommes**	**Femmes**	**Total**	**Hommes**	**Femmes**
0-14	1 485 690	1 484 060	1 487 321	0,2	0,3	0,2
15-24	984 760	981 600	987 920	0,4	0,4	0,3
25-44	1 941 428	1 922 553	1 960 303	0,3	0,3	0,2
45-64	1 807 940	1 748 742	1 867 139	0,6	0,6	0,5
65-74	719 540	636 903	802 178	2,0	2,0	2,0
75 +	643 204	438 575	847 833	14,6	11,1	16,6

Tableau 92
Espérance de vie totale, en institution et hors institution, selon le sexe et l'âge, Québec, 1987

	Espérance de vie (années)				
		Hors institution			
		Avec incapacité			
Espérance de vie	En institution	long terme	court terme	Sans incapacité	Total
Total					
0	1,3	6,6	1,6	66,4	75,8
15	1,3	6,2	1,4	52,9	61,7
25	1,3	5,9	1,2	43,7	52,1
45	1,2	5,0	0,8	26,1	33,2
65	1,3	2,9	0,4	12,0	16,7
75	1,6	2,0	0,3	6,8	10,6
Hommes					
0	0,9	6,0	1,3	64,0	72,1
15	0,8	5,5	1,0	50,6	58,1
25	0,8	5,4	0,9	41,6	48,7
45	0,8	4,5	0,6	24,1	30,0
65	0,8	2,5	0,3	10,6	14,2
75	1,0	1,3	0,2	6,3	8,8
Femmes					
0	1,8	7,2	1,9	68,7	79,5
15	1,8	6,9	1,7	55,0	65,3
25	1,7	6,5	1,5	45,8	55,5
45	1,7	5,5	1,0	28,0	36,2
65	1,8	3,3	0,6	12,2	18,9
75	2.0	2,4	0,4	7,1	11,8

La comparaison avec l'espérance de vie en bonne santé en 1978-1979, calculée à partir des données de l'Enquête Santé Canada, est difficile, la restriction d'activité de long terme n'y étant pas mesurée de la même façon que dans l'enquête Santé Québec. Depuis 1982, la plupart des enquêtes sur la limitation d'activité posent les questions d'une façon plus précise mais différente de l'Enquête Santé Canada. Cependant, depuis 1982-1983 jusqu'en 1987, les taux révélés pour le Québec laisseraient entendre qu'il y a eu peu ou pas de changement dans la restriction permanente des activités. Il serait également étonnant que des changements soudains et temporaires se soient produits entre 1978-1979 et 1982-1983. Par contre, au plan de

l'institutionnalisation, les taux ont peu évolué quant on considère la disponibilité des places en établissement pour les deux années comparées. Enfin le temps vécu en restriction d'activités de court terme, qui est mesuré de la même façon dans les deux enquêtes, a connu une hausse d'une demie année, autant chez les hommes que chez les femmes. En guise de première estimation, l'espérance de vie en bonne santé obtenue en 1987 pourrait donc représenter un gain net de 1,9 année chez les hommes et de 1,4 année chez les femmes, en regard de la situation de cet indicateur synthétique en 1978-1979.

Tableau 93
Espérance de vie en bonne santé et autres composantes, Québec, 1978-1979 et 1987

Espérance de vie (années)	Hommes			Femmes		
	1978-79	1987	Écart	1978-79	1987	Écart
En institution	0,6	0,9	0,3	1,4	1,8	0,4
Avec incapacité à long terme	7,8	6,0	– 1,8	11,5	7,2	– 4,3
Avec incapacité à court terme	0,8	1,3	0,5	1,4	1,9	0,5
En bonne santé	60,4	67,0	4,6	63,1	68,7	5,6
Total	**69,7**	**72,1**	**2,4**	**77,6**	**79,5**	**1,9**

Conclusion sur l'incapacité

On note que depuis 1978, le nombre de journées annuelles d'incapacité a augmenté chez les hommes et diminué chez les femmes. Environ la moitié de ces journées d'incapacité est due aux personnes présentant une incapacité à long terme.

Parmi les causes d'incapacité à long terme, les maladies chroniques dégénératives apparaissent comme étant les plus importantes. Par contre, cette importance varie selon l'âge: ainsi les accidents s'avèrent la cause la plus importante chez les hommes âgés de 15 à 44 ans.

En termes d'inégalités sociales, le nombre de journées d'incapacité varie du simple au double, selon que l'on passe des mieux nantis aux plus pauvres.

Des gains importants ont été accomplis au plan du recul de la mortalité entre 1978-1979 et 1987, ce qui se traduit par un accroissement de l'espérance de vie de 2,4 ans chez les hommes et de 1,9 années chez les

femmes. Selon les résultats préliminaires, seule l'incapacité à court terme aurait augmenté de 0,5 an durant cette période, tant chez les hommes que chez les femmes. Au total donc, le gain en temps moyen à vivre libre de toute restriction d'activité, à cause de problèmes de santé, approcherait les deux ans dans le cas des hommes et une année et demie dans celui des femmes. L'espérance de vie en bonne santé, en 1987, atteint pratiquement 64 ans chez les hommes et 68 ans chez les femmes.

Références

1. Lafontaine, Pierre. « Estimation du nombre de personnes hébergées en institution au Québec en 1987. » Québec, études socio-sanitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux, avril 1988.

2. Statistique Canada, *L'enquête sur la santé et les limitations d'activités: Données sélectionnées, Canada, provinces et territoires*, Catalogue 41034. Ottawa, Programme de la base de données sur l'incapacité, Statistique Canada, mai 1988.

3. Statistique Canada, *Santé et aide du milieu, 1985. Enquête sociale générale*, Série analytique. Catalogue 11-612F, no 1. Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1987.

4. Statistique Canada, *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984*. Catalogue 82-555F. Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1986.

Bibliographie

Dillard, Sylvie, *Durée ou qualité de la vie*? Conseil des affaires sociales et de la famille. Québec, Editeur officiel du Québec, 1983.

Enquête Santé Canada, *La santé des Canadiens*, Statistique Canada, catalogue 82-538F. Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1981.

Statistique Canada, *Estimations post-censitaires préliminaires de la population par âge et sexe, Canada et provinces, 1987*, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada, 1988 (à paraître).

Wilkins, Russell et Adams, Owen, B., *Healthfulness of Life*, Institut de recherches politiques, Montréal, 1983.

Chapitre 9

Impact sur les rôles

Les auteures, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Angèle Bilodeau, DSC de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont

Danielle Francoeur, DSC CRSSS de la Côte-Nord
— impact sur les rôles

Consultante

— May Clarkson, MSSS, Direction de l'évaluation

Le chapitre précédent fournissait un portrait d'ensemble de l'effet des problèmes de santé sur la fonctionnalité des individus en termes de difficulté à accomplir des activités habituelles. Le présent chapitre traite principalement de l'effet de l'incapacité sur l'accomplissement des rôles sociaux. On fait ici référence à la santé sociale des individus définie essentiellement par un caractère fonctionnel, c'est-à-dire la capacité de l'individu d'exercer les activités et les tâches habituelles et d'accomplir les rôles sociaux qui lui sont généralement dévolus dans son milieu de socialisation. De plus, l'enquête Santé Québec aborde une nouvelle dimension des rôles sociaux, celle des rôles familiaux qui peuvent être affectés par un mauvais état de santé.

Plus spécifiquement, on parlera de limitation dans les rôles sociaux lorsque l'état de santé de l'individu entraîne une restriction dans ses activités professionnelles, d'étude, de loisir et à la maison. De même, on parlera de limitation dans les rôles familiaux lorsqu'un problème de santé cause des difficultés dans les relations avec le conjoint, les enfants ou les parents.

La population à l'étude est celle des adultes âgés de 15 ans et plus. L'échantillon se compose de 25 375 individus. La faible proportion d'individus qui déclarent une limitation dans les rôles sociaux et familiaux conduit à une analyse essentiellement descriptive.

9.1 Limitations dans les rôles sociaux

Au Québec, 8,5 % des personnes âgées de 15 ans et plus indiquent une limitation dans leurs rôles sociaux à cause de leur état de santé. Cette limitation est plus importante dans l'accomplissement des rôles professionnels et de loisirs (6,3 % respectivement) que dans ceux qui sont reliés aux activités domestiques (4,8 %).

La limitation ressentie dans les rôles sociaux s'accroît avec **l'âge**: 3,2 % des personnes de 15 à 44 ans déclarent des limitations contre 13,4 % des 45 à 64 ans et 18,4 % des 65 ans et plus. C'est entre les groupes d'âge des 15 à 44 ans et des 45 ans et plus que la prévalence de limitation ressentie présente l'augmentation la plus importante.

Comme on a pu l'observer au chapitre précédent, les **hommes** et les **femmes** ne sont pas différents en ce qui concerne la limitation dans les rôles sociaux, du moins jusqu'à l'âge de 65 ans. Les femmes de 75 ans et plus ressentent plus fortement la limitation que leurs puînées de 65 à 74 ans. Chez les hommes, aucune différence significative n'apparaît entre les

deux groupes d'âge. Par ailleurs, chez les 75 ans et plus, les femmes sont davantage limitées dans leurs rôles que les hommes (24,5 pour 100 femmes et 17,1 pour 100 hommes).

Tableau 94
Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux selon deux groupes d'âge et le sexe, pour 100 personnes, population âgée de 65 ans et plus, Québec, 1987

	Groupe d'âge		
Sexe	**65-74 ans**	**75 ans et +**	**Total**
Hommes	19,3	17,1	18,6
Femmes	15,7	24,5	18,3
Total	**16,9**	**21,6**	**18,4**

Parmi la population **active**, on observe que la prévalence de limitation dans les rôles sociaux est plus élevée chez les personnes dont l'activité principale est de tenir maison (10,8 pour 100 personnes) comparativement à celles qui étudient ou travaillent à l'extérieur du foyer (3,4 pour 100 personnes).

Il est intéressant de noter que cet écart demeure significatif pour chacun des rôles: professionnel, de loisir, à la maison. Ainsi, les personnes dont l'activité principale est de tenir maison déclarent trois à six fois plus souvent de limitation (risque relatif) dans leurs différents rôles sociaux à cause de leur santé, comparativement aux personnes dont l'activité principale s'exerce à l'extérieur du foyer.

Tableau 95
Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux selon deux catégories d'activité, pour 100 personnes, population active âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Rôles sociaux			
Activité principale	**Rôle professionnel**	**Rôle de loisir**	**Rôle à la maison**	**Total**
Extérieur (travail/étude)	1,5	2,1	1,1	3,4
Tenir maison	8,3	7,9	7,2	10,8
Risque relatif	**5,5**	**3,8**	**6,5**	**3,2**

Dans la population ayant un travail rémunéré comme activité principale, aucune différence significative n'apparaît entre les différentes **catégories professionnelles**. Par contre, la prévalence de la limitation ressentie

dans les rôles sociaux se distribue différemment selon les **niveaux de revenu***. L'ensemble de la population démunie déclare deux fois plus souvent une limitation dans ses rôles sociaux que la population ayant des revenus moyens ou élevés. Cette différence se maintient pour chacun des rôles sociaux.

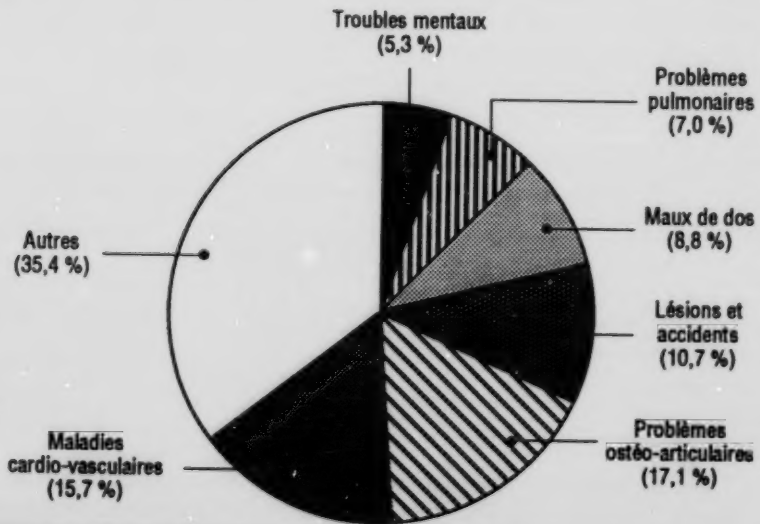
Tableau 96

Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux selon le niveau de revenu*, pour 100 personnes, population active âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987

	Rôles sociaux			
Niveau de revenu	**Rôle professionnel**	**Rôle de loisir**	**Rôle à la maison**	**Total**
Faible	10,8	11,7	8,2	14,3
Moyen et élevé	4,7	4,5	3,6	6,6
Risque relatif	**2,3**	**2,6**	**2,2**	**2,1**

Graphique 17

Raisons des difficultés rencontrées dans l'accomplisement des rôles sociaux, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



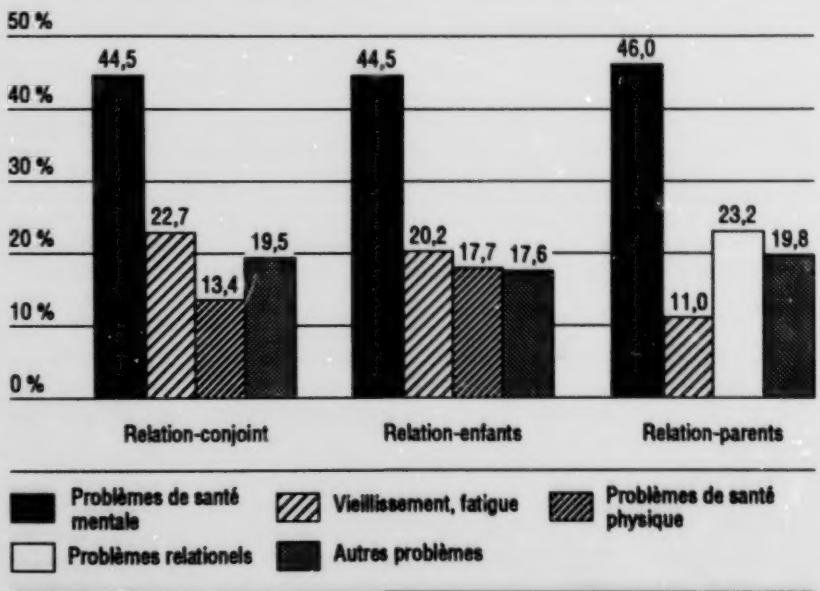
Les problèmes de santé les plus fréquemment responsables de la limitation dans les rôles sociaux sont les problèmes ostéo-articulaires (arthrite rhumatoïde et autres) (17,1 pour 100 personnes), suivis des maladies cardio-vasculaires (15,7), des lésions dues à des accidents (10,7) et des maux de dos (8,8). Ces données rejoignent le profil des causes d'incapacité présenté dans l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada.

9.2 Limitations dans les rôles familiaux

Les rôles familiaux concernent les relations avec les parents, le conjoint et les enfants. La relation avec le conjoint est le rôle familial pour lequel les personnes de 15 ans et plus déclarent le plus souvent une difficulté à cause de l'état de santé (1,9 pour 100 personnes). Suivent les difficultés dans les relations avec les enfants (1,3) et dans les relations avec les parents (0,5).

Graphique 18

Raisons des difficultés rencontrées dans l'accomplissement des rôles familiaux, selon chacun de ces rôles, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987



Les principaux problèmes de santé qui entraînent ces difficultés sont ceux de santé mentale. Ils contribuent pour environ 45 % des difficultés dans les différents rôles.

Les causes des difficultés dans les relations avec le conjoint et les enfants sont en premier lieu des problèmes de santé mentale, suivis des problèmes reliés au vieillissement et à la fatigue, puis des problèmes de santé physique. Quant aux difficultés dans les relations avec les parents, elles sont associées principalement à des problèmes de santé mentale, suivies par des problèmes d'ordre relationnel et des problèmes reliés au vieillissement et à la fatigue.

Les personnes qui indiquent une limitation dans leurs rôles sociaux déclarent cinq à sept fois plus souvent que les autres des difficultés à accomplir leurs différents rôles familiaux (par exemple: 8 % des personnes ayant des difficultés dans leurs rôles sociaux ont des problèmes avec leurs conjoints, contre 1,4 % des gens sans problèmes de rôles sociaux).

Tableau 97
Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles familiaux selon la présence ou l'absence de limitation dans les rôles sociaux, Québec, 1987

	Rôles familiaux		
Rôles sociaux	**Relation-Conjoint**	**Relation-Enfants**	**Relation-Parents**
Présence de limitation	8,0	6,4	1,8
Absence de limitation	1,4	0,9	0,4

Conclusion sur l'impact sur les rôles

Chez les adultes de 15 ans et plus, la prévalence de limitation ressentie dans les rôles sociaux est beaucoup plus importante que dans les rôles familiaux.

Les principales raisons de santé qui entraînent des difficultés dans les rôles familiaux sont des problèmes de santé mentale, alors que les limitations dans les rôles sociaux s'expliquent principalement par des problèmes de santé physique.

La limitation dans les rôles sociaux est plus importante chez les moins scolarisés, chez ceux ayant un faible revenu et chez ceux dont l'activité principale est de tenir maison, comparativement à ceux qui étudient ou travaillent à l'extérieur.

Le taux de limitation dans les rôles sociaux demeure sensiblement le même chez ceux ayant un travail rémunéré, quelle que soit la catégorie professionnelle.

Possibilités des données

Afin d'explorer le lien spécifique entre l'activité principale (travail, études ou tenir maison) et la limitation dans les rôles sociaux, il sera utile d'étudier davantage cette relation en considérant l'âge et le sexe des personnes. Ceci permettra, entre autres, de distinguer la population d'âge actif (15-64 ans) de la population retraitée, car il y a toujours un problème de définition chez les retraités qui tiennent maison.

Également, il sera pertinent de distinguer, dans la catégorie « inactif pour raison de santé », l'inactivité temporaire (au cours des deux dernières semaines) et l'inactivité permanente (les personnes qui se sont retirées du marché du travail pour des raisons de santé et celles qui présentent une incapacité depuis la naissance).

Bibliographie

Conseil des affaires sociales et de la famille, *Des problèmes prioritaires*, Gouvernement du Québec, Québec, 1983.

Henrard, J.C., Cassou, B., Colvez, A. et Lazard, P., « Perte d'autonomie ou handicap: problèmes conceptuels », *La Revue de Gériatrie*, tome 5, no 8, novembre 1980, p. 375-378.

Kovess, V., et al., *Les indicateurs de santé mentale*, Unité de recherche psychosociale, Centre de recherche Douglas, Verdun, juillet 1982.

Secrétariat d'état du Canada, *Profil des personnes vivant avec une incapacité au Canada*, novembre 1986.

World Health Organization, *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Genève, 1980.

Chapitre 10

Recours aux services et consommation de médicaments

Les auteur(e)s, leurs organismes et leur sujet principal d'analyse

Pierre Joubert, DSC du Centre hospitalier de l'Université Laval

Andrée Laberge, DSC du Centre hospitalier de l'Université Laval

Michel Carbonneau, DSC de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke

Sylvie Poirier, DSC du Centre hospitalier de Verdun

René Beauséjour, DSC du Centre hospitalier régional de la Mauricie

France Markowski, DSC de l'Hôpital de Chicoutimi

Consultante

Claudine Laurier, Université Laval
— consommation de médicaments

Les données d'enquêtes sur l'utilisation des services socio-sanitaires renseignent sur les habitudes de consommation des individus et, indirectement, sur le système même de distribution de soins et de services. Elles permettent d'identifier, entre autres, certaines caractéristiques des utilisateurs de soins, des ressources consultées et des motifs à l'origine du recours aux services. Toutefois, la plupart des enquêtes étant transversales, l'interprétation des résultats pose certains problèmes.

Les données sur l'utilisation des services sont partielles et surestiment les problèmes chroniques. Il faut se rappeler que les périodes de référence varient selon les sections du questionnaire: du côté des problèmes de santé, on fait référence aux deux dernières semaines pour les problèmes aigues, à 12 mois pour les accidents et à la situation permanente pour les problèmes chroniques; du côté de l'utilisation, on réfère à la consommation de médicaments au cours des deux derniers jours, à la consultation au cours des quatre derniers mois et à l'hospitalisation au cours des 12 derniers mois. Dans la relation entre les problèmes déclarés et la consommation de services ou de médicaments, les variations dans les périodes de référence entraînent une surreprésentation importante des problèmes chroniques en regard des problèmes aigus.

Enfin, comme les précisions apportées au profil de consultation ou d'hospitalisation ne concernent que les problèmes de santé qui ont entraîné au moins un recours, ou que les personnes qui ont consulté au moins une fois, les échantillons sont quelquefois petits, et cela limite les possibilités de croisements.

10.1 Recours aux services

L'enquête fournit des informations quant au pourcentage de personnes qui ont consulté au moins une fois au cours des deux dernières semaines et elle permet de décrire le type de professionnels consultés.

Près de 22 % de la population a consulté au moins un professionnel au cours des deux semaines précédant l'enquête; parmi les **gens qui ont consulté**, 22 % ont consulté plus d'une catégorie de professionnels et 78 % ont consulté une seule catégorie.

Le pourcentage de la population qui a recours aux services socio-sanitaires augmente avec l'âge et est plus élevé chez les femmes que chez les hommes à partir de 15 ans. Le recours à un médecin généraliste, un pharmacien, un optométriste ou un opticien et à un(e) infirmier(e) tend à augmenter avec l'âge, alors qu'inversement le recours à un dentiste ou

denturologue diminue. La proportion de femmes qui ont consulté au moins une fois est supérieure à celle des hommes pour chacune de ces catégories de professionnels de la santé.

Tableau 98
Population ayant consulté au moins une fois pour chaque catégorie de professionnels, en pourcentage, Québec, 1987

Catégorie de professionnels	Personnes ayant consulté au moins une fois
Médecins généralistes	10,3
Médecins spécialistes	4,8
Dentistes ou denturologues	4,6
Pharmacien(ne)s	2,6
Optométristes ou opticien(ne)s	1,6
Infirmier(e)s	1,2
Chiropraticien(ne)s	0,9
Psychologues ou travailleurs sociaux	0,6
Autres	1,3

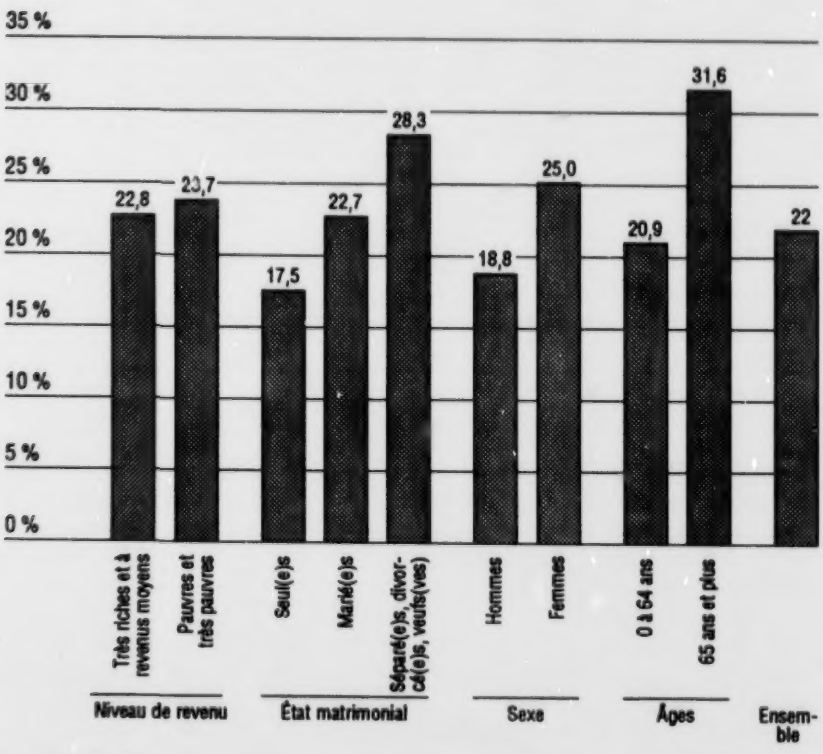
L'étude de l'état matrimonial montre que 28 % des personne séparées, divorcées ou veuves ont eu recours à au moins un professionnel au cours des deux dernières semaines, par rapport à 23 % des personnes mariées et 18 % des personnes seules. Ces différences incluent sans doute l'effet de l'âge qui varie selon ces groupes.

Le pourcentage des individus qui ont consulté au moins une fois ne varie pas selon le niveau de revenu*, mais le **type de professionnels** consultés peut être différent. Le recours au médecin généraliste augmente lorsque le revenu diminue, et ainsi de même pour les consultations auprès d'un psychologue ou d'un travailleur social. Par contre, le recours à d'autres catégories de professionnels tels que les optométristes ou opticiens et les chiropraticiens est plus important chez les individus qui ont un revenu supérieur. Il faut noter que certaines de ces consultations nécessitent des déboursés.

Il existe une relation entre certains déterminants, l'état de santé et le taux de consultation. Ainsi, le pourcentage des personnes qui, au cours des deux dernières semaines, ont eu au moins une consultation approche les 50 % chez les gens qui ont des incapacités, alors qu'il atteint à peine 7 % chez ceux qui n'ont aucun problème de santé.

Graphique 19

Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau de revenu, en pourcentage, Québec, 1987



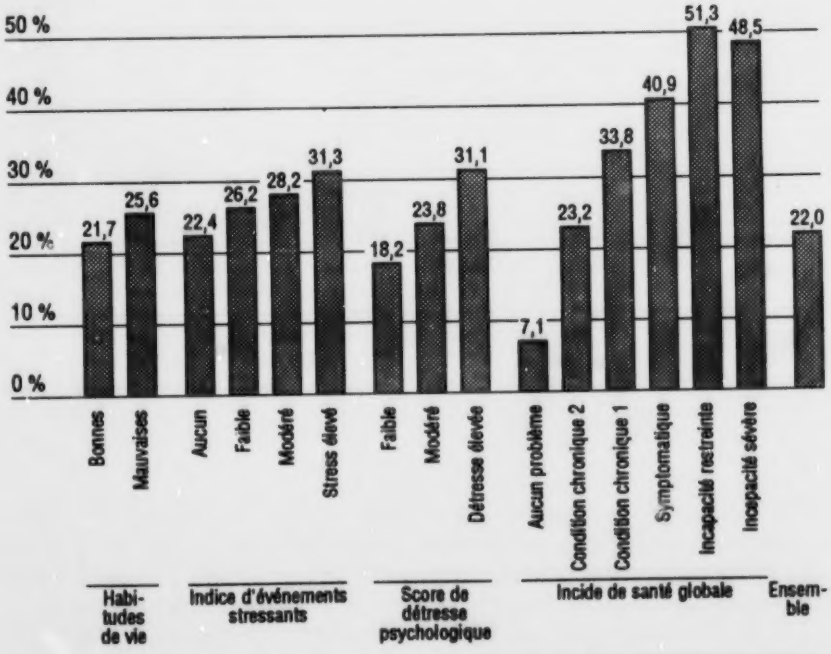
Le recours augmente aussi avec le niveau de détresse psychologique* ou la présence d'événements stressants.* Ainsi, les niveaux de détresse psychologique élevés sont associés à des taux de consultation croissants, allant de 18 % pour le niveau le plus bas à 31 % chez les plus atteints. La présence d'événements stressants semble aussi influencer la consultation dans les mêmes proportions: 19 % des personnes n'ayant vécu aucun

événement stressant ont eu recours à au moins un professionnel, comparativement à 31 % de celles qui présentent un indice d'événements stressants élevé.

Les habitudes de vie ont un effet moindre: près de 26 % des individus qui ont un faible score de saines habitudes de vie ont consulté au moins une fois, comparativement à 21 % des gens qui ont un score élevé.

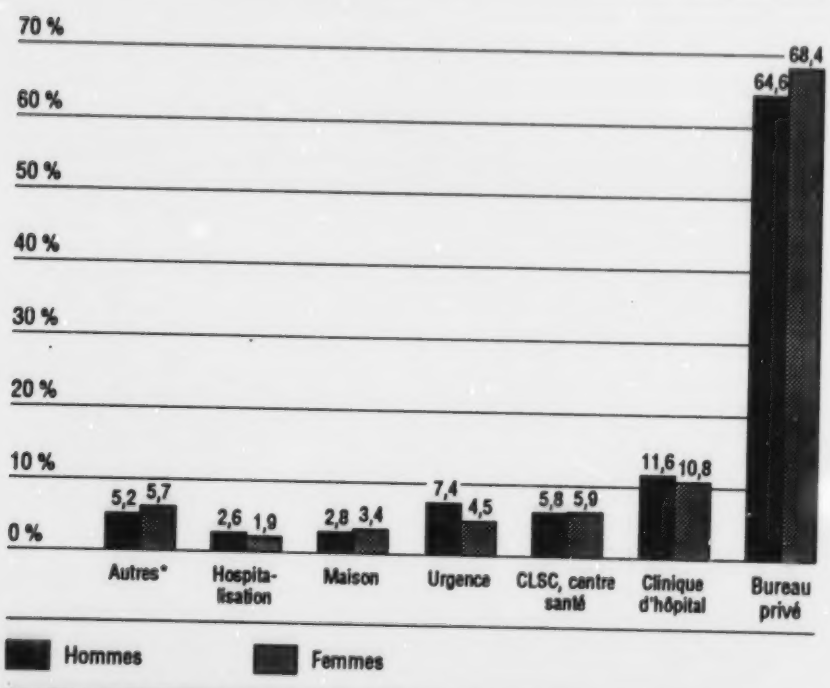
Graphique 20

Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon l'indice de santé globale*, le score de détresse psychologique*, l'indice d'événements stressants* et l'indice de saines habitudes de vie*, en pourcentage, Québec, 1987



Graphique 21

Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon le lieu de consultation et le sexe, en pourcentage, Québec, 1987



*Autres : au travail, à l'école, par téléphone, pharmacie, centre de réadaptation, magasin d'aliments naturels, CSST.

On note que les **lieux de consultation** varient selon le sexe, l'âge et le revenu. Au total, les deux tiers des consultations ont lieu en bureau privé, 11 % en clinique hospitalière, 6 % en CLSC ou Centre de santé, 6 % à l'urgence de l'hôpital, 3 % à la maison, 2 % durant une hospitalisation et 5 % dans un autre lieu. Les femmes consultent davantage en bureau privé que les hommes. Cette tendance se vérifie pour tous les groupes d'âge jusqu'à 65 ans, après quoi la tendance s'inverse, particulièrement chez les 75 ans et plus, alors que 70 % des hommes consultent en bureau privé comparativement à 50 % des femmes. Cette différence s'explique en partie

par l'importance des consultations à la maison chez les femmes de ce groupe d'âge (25 %). Dans l'ensemble, 7 % des personnes de 65 à 74 ans et 20 % de celles de 75 ans et plus consultent à la maison, comparativement à 2 % chez les moins de 65 ans. Les hommes consultent plus à l'urgence que les femmes, ce qui se remarque surtout chez les 15 à 24 ans (11 % contre 6 %) et chez les 75 ans et plus (6 % contre 1 %). Le recours à l'urgence tend à diminuer avec l'âge à partir de 25 ans, particulièrement chez les femmes.

L'analyse des lieux de consultation selon le revenu montre que les gens qui ont de faibles revenus (« très pauvres » et « pauvres ») consultent moins en bureau privé (63 %) que ceux qui sont riches (69 %). Cette différence s'explique en partie par un recours plus important des gens de la catégorie « très pauvres » aux services d'urgence, aux cliniques hospitalières et aux consultations à la maison.

Les données sur la consultation de professionnels et celles obtenues sur la relation entre le revenu et le recours général aux services socio-sanitaires confirment les tendances observées dans Santé Canada.

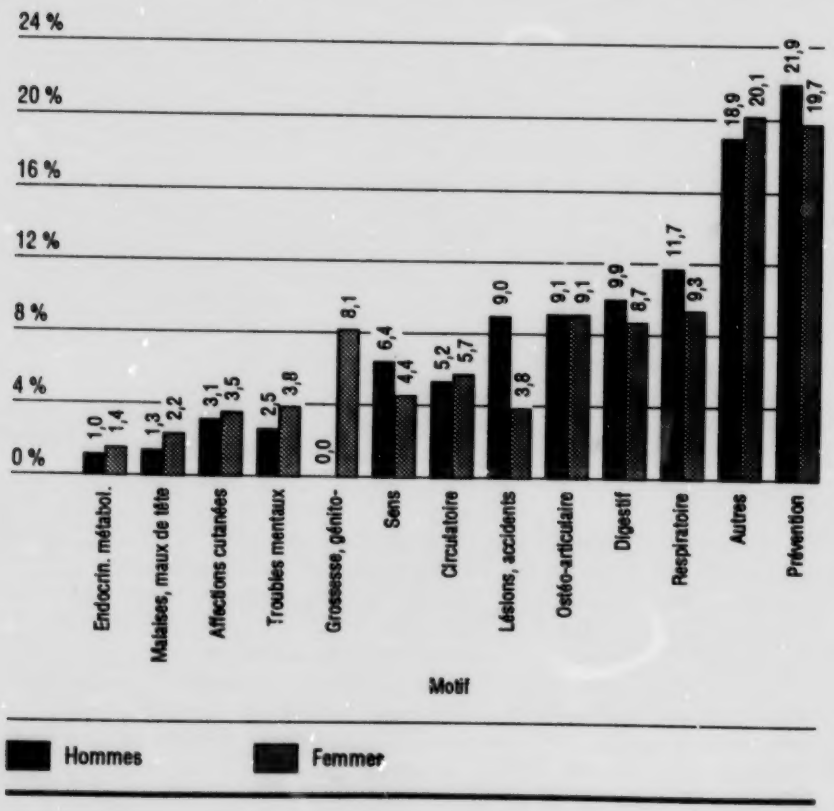
Les principaux **motifs de consultation** sont, par ordre d'importance: les examens et la prévention (20,6 %), les troubles de l'appareil respiratoire (10,3 %), les troubles de l'appareil digestif (9,2 %), les troubles du système ostéo-articulaire (9,1 %). Viennent ensuite les lésions et les accidents (6,0 %), les troubles de l'appareil circulatoire (5,5 %), les troubles des organes des sens (5,4 %), les consultations pour les organes génitaux féminins, les grossesses et le post-partum (4,7 %). Suivent les troubles mentaux (3,3 %), les allergies et affections cutanées (3,3 %), les malaises, fatigue et maux de tête (1,8 %), et les maladies endocriniennes et métaboliques (1,3 %). Enfin, près de 20 % des consultations ont lieu pour d'autres motifs.

De façon plus particulière, la catégorie « lésions et accidents » représente 9 % des consultations chez les hommes et un peu moins de 4 % seulement chez les femmes. Cette différence s'observe surtout chez les hommes de 15 à 24 ans et chez ceux de 25 à 44 ans. Par ailleurs, les proportions d'hommes et de femmes qui consultent pour des problèmes de l'appareil circulatoire (hypertension et maladies cardiaques) sont semblables; l'analyse selon l'âge montre toutefois que ce motif, qui représente environ 1 % des consultations chez les moins de 45 ans, est à l'origine de 13 % des consultations chez les personnes de 45 à 64 ans, et atteint 18 % chez les 75 ans et plus.

Certains motifs de consultation varient aussi avec le revenu. Le motif « prévention et examens » (vaccination, lunettes, visite administrative, examen général, examen des yeux, examen dentaire) est plus fréquent chez les personnes à revenus supérieurs que chez celles à faibles revenus. Cependant, ces dernières consultent davantage pour des problèmes de l'appareil circulatoire et pour des troubles mentaux.

Graphique 22

Population ayant consulté un professionnel durant les 2 semaines précédant l'enquête, selon le motif de la dernière consultation et le sexe, en pourcentage, Québec, 1987



Les motifs de la dernière consultation varient aussi selon le lieu de consultation. La catégorie « prévention et examens » est le principal motif de consultation en bureau privé (26 %) et en CLSC ou en Centre de santé (22 %). Les lésions et les accidents représentent 28 % des recours à l'urgence; les maladies de l'appareil circulatoire sont à l'origine de 15 % des consultations à la maison et de 12 % de celles qui ont lieu durant l'hospitalisation; les troubles de l'appareil ostéo-articulaire expliquent 13 % des visites en clinique hospitalière. Quel que soit le lieu de consultation, sauf durant l'hospitalisation, les problèmes de l'appareil digestif, de l'appareil circulatoire et du système ostéo-articulaire sont parmi les cinq principaux motifs de consultation. Ils expliquent de 25 % à 30 % de l'ensemble des consultations; leur importance respective varie cependant selon le lieu de la consultation.

Parmi l'ensemble des problèmes de santé mentionnés et qui ont demandé au moins une consultation durant les quatre mois précédant l'enquête, 56 % n'ont amené qu'une seule consultation, 24 % ont occasionné deux ou trois consultations et 20 % plus de trois consultations. La proportion des problèmes pour lesquels les gens ont consulté et qui n'ont demandé qu'une seule consultation tend à diminuer avec l'âge, alors que la proportion de ceux qui ont demandé plus de trois consultations tend à augmenter avec l'âge; seul le groupe des 65 à 74 ans fait exception.

Il n'y a pas de variation importante selon le sexe, sauf aux extrémités de la pyramide d'âge. Chez les 0 à 14 ans, la proportion de ceux qui consultent plus de trois fois est plus importante chez les garçons (16 %) que chez les filles (10 %), alors que c'est l'inverse chez les 75 ans et plus (26 % des femmes et 20 % des hommes).

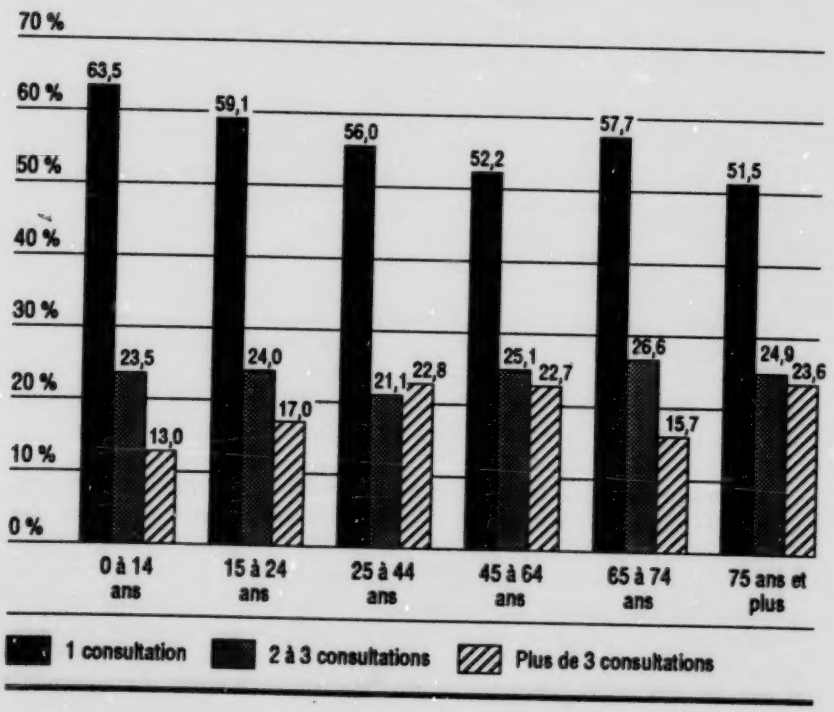
Les gens à faibles revenus ont des problèmes de santé qui nécessitent des consultations plus nombreuses, comparativement aux personnes ayant des revenus supérieurs; 23 % des problèmes chez les personnes de la catégorie « très pauvres » requièrent plus de trois consultations, comparativement à 19 % des problèmes chez celles de la catégorie « riches ».

La **fréquence des consultations** varie selon les problèmes et leur durée. Les maladies de l'appareil circulatoire représentent 15 % des problèmes ayant nécessité au moins une consultation durant les quatre derniers mois (hypertension 9 %, maladies cardiaques 6 %). Les maladies du système ostéo-articulaire représentent 14 % de ces problèmes (arthrite et rhumatisme 8 %, maux de dos 6 %), celles de l'appareil respiratoire 12 %, les troubles mentaux 9 % et les maladies de l'appareil digestif un peu moins de 9 %. L'importance relative de ces problèmes varie selon la

fréquence de consultation. Ainsi, l'importance des maladies du système ostéo-articulaire et des troubles mentaux augmente avec la fréquence des consultations. Ces problèmes représentent respectivement 13 % et 8 % des problèmes qui ont généré une seule consultation, 15 % et 10 % de ceux qui ont requis de deux à trois consultations et enfin 20 % et 13 % des problèmes ayant entraîné plus de trois consultations. D'autres types de problèmes, comme les troubles de l'appareil respiratoire, comptent pour une proportion plus grande de problèmes qui ont demandé une seule consultation (15 %), que de problèmes qui ont amené deux ou trois consultations (9 %).

Graphique 23

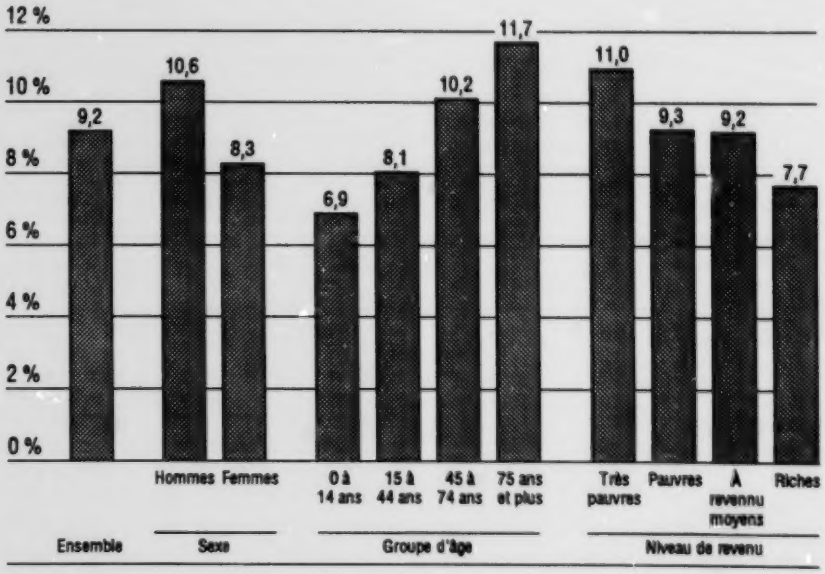
Distribution des fréquences de consultations pour des problèmes de santé au cours des 4 mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987



Finalement, la fréquence des consultations varie aussi selon la durée du problème. Parmi les problèmes de santé chroniques (durée d'un an ou plus) pour lesquels les gens ont consulté au moins une fois durant les quatre derniers mois, 22 % ont occasionné plus de trois consultations, alors que cette proportion est de 17 % pour les problèmes de santé aigus.

Graphique 24

Population hospitalisée durant l'année précédant l'enquête selon le groupe d'âge, le sexe et le niveau de revenu*, en pourcentage, Québec, 1987



Malgré les limites de l'enquête, on observe un **taux d'hospitalisation** qui varie selon l'âge, le sexe et le revenu. Au total, près d'un problème sur 10 a demandé au moins une hospitalisation durant les 12 mois précédant l'enquête, proportion qui tend à augmenter avec l'âge (7 % chez les 0 à 14 ans contre 12 % chez les 75 ans et plus). On constate aussi des variations selon le sexe: 11 % des problèmes chez les hommes ont amené au moins

une hospitalisation par rapport à 8 % chez les femmes. Cette différence est particulièrement importante dans les groupes d'âge des 45 à 64 ans et des 0 à 14 ans.

Le recours à l'hospitalisation varie également selon le revenu. Ainsi, 11 % des problèmes de santé mentionnés par les gens très pauvres ont nécessité au moins une hospitalisation, comparativement à 8 % des problèmes chez les gens les mieux nantis.

10.2 Consommation de médicaments

Près de 45 % de la population a pris au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'enquête: 60 % de ces médicaments sont consommés

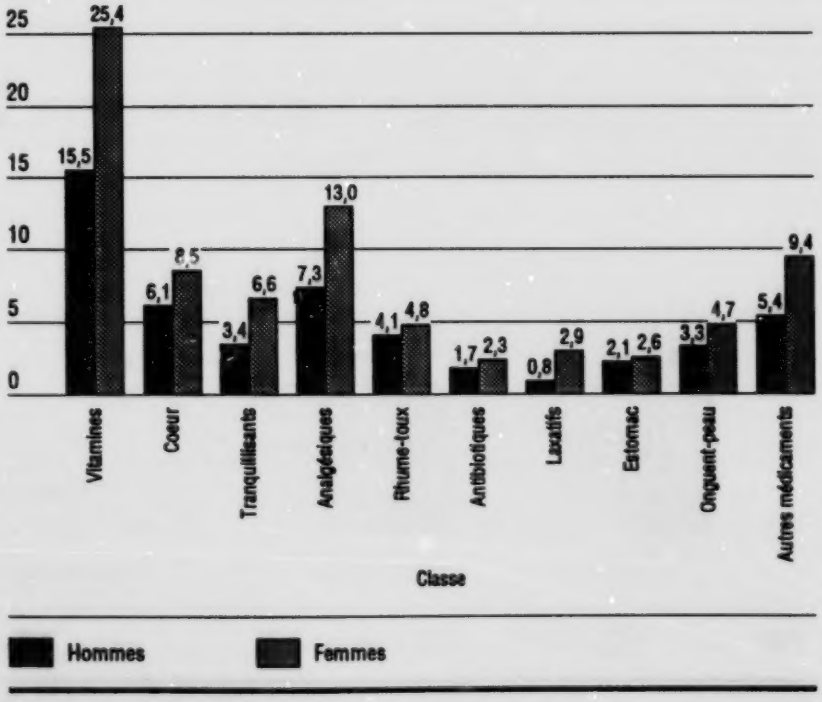
Tableau 99
Consommation de médicaments selon la classe de médicaments, l'avis médical et la régularité de la consommation, en pourcentage, Québec, 1987

Classe de médicaments	Proportion de personnes qui consomment des médicaments	Proportion des médicaments pris sur avis médical	Proportion des médicaments pris régulièrement	Population estimée
Analgésiques	10,2	34,7	45,5	656 496
Tranquillisants-sédatifs-somnifères	5,0	96,9	91,5	325 234
Médicaments pour le coeur ou l'hypertension	7,3	99,2	98,2	469 306
Antibiotiques	2,0	97,1	77,0	129 942
Médicaments pour l'estomac	2,4	71,3	76,5	151 919
Laxatifs	1,9	40,0	73,0	119 765
Médicaments pour la toux ou le rhume	4,4	32,2	46,0	284 830
Onguent pour la peau	4,0	78,4	79,5	257 597
Vitamines, minéraux suppléments alimentaire, produits naturels	20,5	23,4	93,7	1 322 720
Autres	7,4	92,8	91,6	477 994
Tous médicaments	**44,7**	**60,3**	**82,6**	**2 878 096**

sur avis médical et 83 % sont pris régulièrement. La proportion d'individus qui ont consommé au moins un médicament augmente avec l'âge. Ainsi, 36 % des 0 à 14 ans ont pris au moins un médicament dans les deux derniers jours, 40 % des 15 à 44 ans, 53 % des 45 à 64 ans et 73 % des 65 ans et plus (70 % des 65 à 74 ans; 78 % des 75 ans et plus). La consommation de médicaments varie aussi selon le sexe: plus de femmes (55 %) que d'hommes (34 %) prennent des médicaments, et ceci pour toutes les classes de médicaments. Cette différence entre les sexes est plus importante lorsqu'on considère la consommation des analgésiques, des tranquillisants et des vitamines.

Graphique 25

Taux de consommation, selon la classe de médicaments et le sexe, pour 100 personnes, Québec, 1987
(Taux / 100)



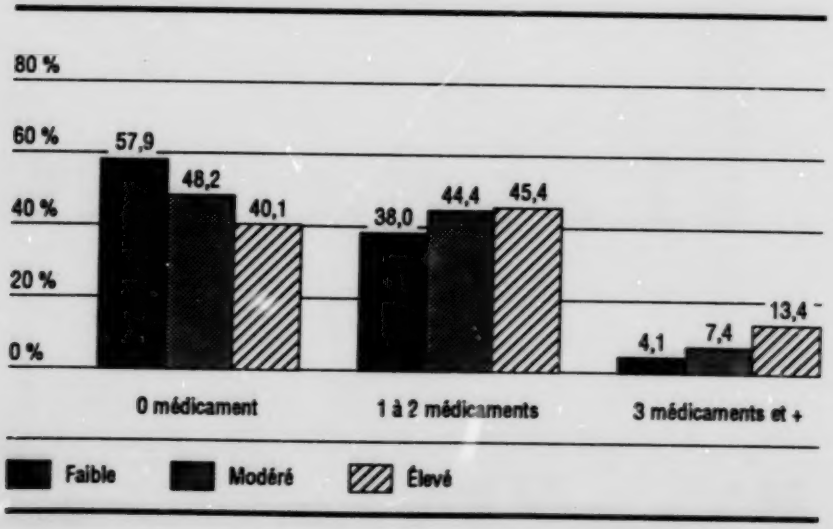
La gamme des médicaments consommés diffère selon l'âge et le sexe. Dans la population générale, une personne sur six (17 %) absorbe plus d'une sorte de médicaments, alors que près d'une personne sur deux (43 %) le fait chez les 65 ans et plus. De même, 9 % des femmes font usage d'au moins trois types de médicaments par rapport à 3 % des hommes; chez les 65 ans et plus, ces proportions sont respectivement de 25 % et de 15 %.

Les données sur les habitudes de consommation de médicaments selon l'âge et le sexe recueillies par Santé Canada et Santé Québec sont comparables, sauf lorsqu'on considère l'usage chez les jeunes de 0 à 14 ans. À cet âge, la proportion de Québécois qui prend au moins un médicament est inférieure (36 %) à celle des Canadiens (45 %).

Près des trois quarts des veufs(ves) ont consommé au moins un médicament dans les deux jours précédant l'enquête, comparativement à 56 % des gens séparés ou divorcés, 48 % des gens mariés et 38 % des personnes seules. La consommation générale de médicaments ne varie pas de façon claire avec le revenu*, sauf lorsqu'on considère les grands

Graphique 26

Population qui consomme des médicaments, en pourcentage, selon l'indice de détresse psychologique*, Québec, 1987

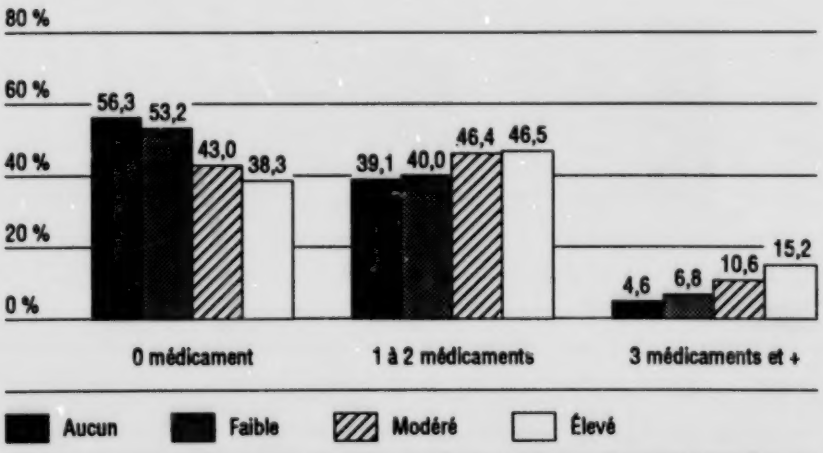


consommateurs (trois médicaments et plus). En effet, près de 7 % des gens très pauvres et 9 % des pauvres ont pris trois médicaments et plus dans les deux derniers jours précédant l'enquête.

La consommation de médicaments varie selon le niveau de détresse psychologique* et selon la présence d'événements stressants. Parmi les gens qui présentent une détresse psychologique élevée, 59 % ont pris au moins un médicament, et 13 % en ont consommé au moins trois. De la même façon, 62 % des gens qui ont un indice élevé d'événements stressants ont consommé au moins un médicament et 15 % en ont pris trois ou plus dans les deux jours précédant l'enquête.

Graphique 27

Population qui consomme des médicaments, en pourcentage, selon l'indice d'événements stressants *, Québec, 1987



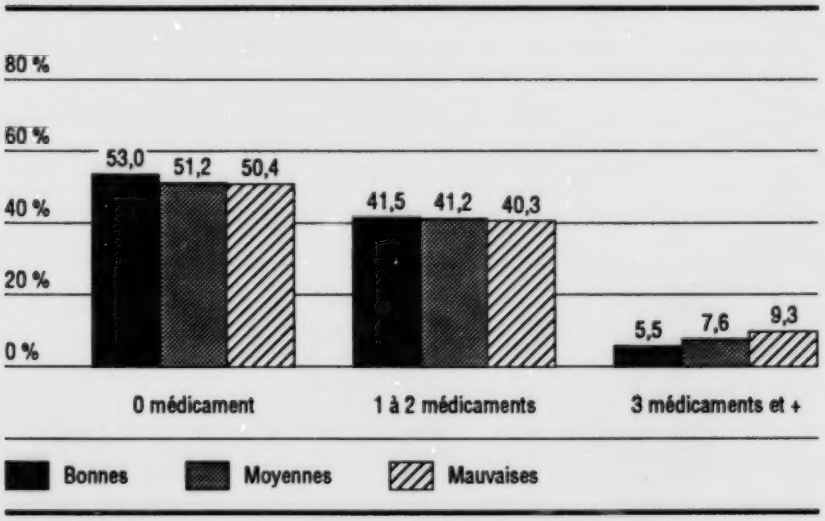
La **consommation de tranquillisants** montre des variations particulièrement importantes selon l'état de santé mentale; chez les personnes qui ont un niveau élevé de détresse psychologique, 12 % en font usage par rapport à un peu moins de 5 % chez ceux qui ont un niveau faible. Chez les gens qui ont un indice élevé d'événements stressants, 12 % prennent de ces médicaments, comparativement à 5 % des gens qui ne vivent aucun événement stressant.

La consommation de tranquillisants, qui s'accroît avec la détérioration du bien-être affectif, concorde aussi avec l'Enquête Santé Canada.

Les variations sont moins importantes lorsqu'on considère les habitudes de vie. Les gens qui ont de moins bonnes habitudes de vie prennent plus de médicaments que ceux qui ont de bonnes habitudes.

Graphique 28

Population qui consomme des médicaments, selon l'indice de saines habitudes de vie*, en pourcentage, Québec, 1987



Conclusion sur le recours aux services et la consommation de médicaments

Les résultats de Santé Québec sur le recours aux services socio-sanitaires montrent que 85 % des problèmes signalés ont suscité au moins une consultation professionnelle et qu'environ un Québécois sur cinq a consulté au moins une fois un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête. Le recours aux services est plus fréquent chez les femmes et il augmente avec l'âge chez les deux sexes. Les états de santé physique et mentale et, de façon moins importante, les habitudes de vie apparaissent comme des déterminants du recours aux professionnels.

Plus du tiers des consultations ont lieu auprès des médecins généralistes, et un autre tiers est partagé également entre les spécialistes et les dentistes ou denturologues. En moyenne, deux consultations sur trois ont lieu en bureau privé. L'importance relative des différents lieux de consultation varie selon l'âge et le sexe: les femmes de 75 ans et plus consultent moins en bureau privé et plus souvent à la maison, alors que les jeunes de 0 à 24 ans et les hommes ont plus souvent recours à l'urgence.

Environ 20 % des consultations ont lieu pour des fins de prévention ou pour des examens. Les autres principaux motifs de consultations sont, dans l'ordre: les maladies de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif, du système ostéo-articulaire, les lésions et accidents et les problèmes de l'appareil circulatoire (40 % des consultations). Les motifs de consultation varient selon l'âge et le sexe: chez les hommes de 15 à 44 ans, environ 15 % des consultations ont lieu à la suite de lésions ou d'accidents; chez les 75 ans et plus, près de 20 % sont effectuées pour des problèmes de l'appareil circulatoire.

La majorité des problèmes de santé des Québécois n'ont requis qu'une seule consultation sur une période de quatre mois. La proportion des problèmes qui ont demandé plus de trois consultations augmente avec l'âge. Les gens qui consultent plus de trois fois le font surtout pour des problèmes ostéo-articulaires et des troubles mentaux, et davantage pour des problèmes de santé chroniques que pour des problèmes aigus.

Les motifs de consultation varient selon le revenu, et la fréquence de consultations pour problèmes de santé est plus élevée chez les gens qui ont de faibles revenus. Au total, 9 % des problèmes de santé des Québécois requièrent au moins une hospitalisation durant l'année. Les hospitalisations sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, surtout entre 45 et 64 ans.

Les résultats de l'enquête Santé Québec confirment le recours plus important des femmes aux services de santé ambulatoires, et des hospitalisations plus fréquentes chez les hommes; le rapport du Conseil des affaires sociales et de la famille publié en août 84 (Objectif: Santé, 1984), avait observé les mêmes tendances. Santé Québec note aussi des hospitalisations plus fréquentes chez les gens âgés et chez ceux ayant de faibles revenus.

Près d'un Québécois sur deux prend au moins un médicament sur une période de deux jours; la proportion augmente avec l'âge, passant de un sur trois chez les plus jeunes, à trois sur quatre chez les plus âgés. Une femme sur deux et un homme sur trois consomment des médicaments. Le

nombre de médicaments consommés augmente aussi avec l'âge, surtout chez les femmes.

L'état de santé mentale est un déterminant de la consommation de médicaments, dont les tranquillisants, et la proportion des individus qui consomment au moins un médicament augmente avec la détresse psychologique et la présence d'événements stressants. Les habitudes de vie semblent plus faiblement associées à l'usage de médicaments. Le revenu est également associé à la prise de médicaments chez les gros consommateurs.

Possibilités des données

Une étude des variations géographiques permettrait d'analyser la relation entre certaines réalités socio-économiques et le recours aux services socio-sanitaires ambulatoires, à l'hospitalisation et à l'usage de médicaments. Il serait par ailleurs fort éclairant, dans la mesure où un découpage territorial plus fin est possible, d'analyser certaines caractéristiques du recours aux professionnels de la santé selon la disponibilité des ressources sur le territoire.

Par la suite, il serait possible de confronter les tendances observées dans l'enquête avec les données de morbidité hospitalière et d'autres données d'utilisation et de recours aux services.

En ce qui concerne la consommation de médicaments, on pourrait envisager une étude plus spécifique des facteurs associés à la consommation de certains types de médicaments, comme les relations possibles entre l'usage de psychotropes et les états dépressifs, ou encore la consommation d'alcool. Le recoupement entre les problèmes de santé et la consommation de médicaments permettrait d'établir s'il y a réellement concordance entre les deux, quant au type de prescription, à l'ampleur et à la régularité d'emploi de la médication.

Finalement, une étude des paiements versés pour des services spécifiques, selon le type de professionnels consultés, permettrait de comparer la situation québécoise à celle des autres provinces, quant à l'utilisation de services dispensés en dehors du cadre des régimes universels d'assurance-santé.

Références

1. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif: Santé*, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, 1984, Québec, 217 pages.

2. Dever, G.A., Champagne, F., *Epidemiology in Health Services Management*, An Aspen Publication, Maryland, 1984, chapitre 8, p.211-236.

3. Eisenberg, J.M., « Physician Utilization. The State of Research About Physician's Practice Patterns », *Medical Care* 1985, vol. 23, no 5, p. 461-483.

4. Hulka, B.S., Wheat J.R., « Patterns of Utilization. The Patient Perspective », *Medical Care*, 1985, vol. 23, no 5, p. 428-460.

5. Krout, J.A., « Knowledge and Use of Services by the Elderly: A Critical Review of the Literature », *International Journal on Aging and Human Development*, 1983, vol. 17, no 3, p. 153-167.

6. Pineault, R., Daveluy, C., *La planification de la santé. Concepts, méthodes, stratégies*, Agence D'ARC Inc., Montréal, 1986, p. 191-204.

7. Statistique Canada et ministère de la Santé et du Bien-être social, *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, Cat. 82-538F, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services, 1981, 245 p.

Les conséquences

Implications pour la planification et la prise de décision

Restriction d'activité

Le volet « restriction d'activité et incapacité » doit être utilisé avec précaution et intérêt. On commence à penser que ces dimensions sont assez volatiles et réagissent à nombre d'éléments autres que le seul état de santé objectif de l'individu.

Cependant, il ressort déjà clairement des résultats préliminaires que l'hypothèse alarmante prévalant depuis le début des années 80, voulant que les gains en longévité soient transformés en restriction d'activité plus ou moins lourde, est infirmée. L'analyse des résultats de l'Enquête Santé Canada a incité à la multiplication des recherches sur ce domaine et a favorisé le développement de cette question dans l'enquête Santé Québec. Il semble bien ressortir maintenant que les gains en longévité ne sont pas nécessairement transférés en incapacité.

Il est douteux que cette stabilisation de l'incapacité provienne des seuls efforts consentis dans ce domaine; en fait peu a été fait ou trop récemment. Mais à présent on connaît mieux cette dimension et l'on sait que si le phénomène n'est pas à la hausse, il reste plus ou moins stable. De plus la restriction d'activité pèse lourdement sur la santé mentale et semble favoriser la désintégration du réseau de support social.

Il apparaît ici intéressant de chercher à connaître l'effet des programmes de maintien à domicile. Une baisse dans l'institutionalisation des personnes âgées aura-t-elle pu, par exemple, freiner la restriction d'activité? Et ceci suffisamment pour infléchir les tendances? Quelle que soit la réponse, une analyse des données pourrait permettre de mieux cerner les actions à entreprendre ou à améliorer dans ce domaine.

La question de l'adéquation dans la répartition des ressources réapparaît donc. Les pathologies bénéficiant du plus grand nombre de ressources sont celles entraînant une forte mortalité (par exemple, les maladies cardiaques) ou connaissant une forte létalité (le SIDA), mais les pathologies simplement très invalidantes (les maladies ostéo-articulaires) reçoivent nettement moins d'attention.

Impact sur les rôles

L'impact des problèmes de santé sur les rôles sociaux et familiaux n'est pas ressorti avec toute l'ampleur attendue. Malgré la fréquence de la maladie au sein des ménages privés, du stress et de la restriction d'activité qu'elle entraîne, il est étonnant que l'impact sur les rôles soit si peu prononcé.

Cette dimension était exploratoire elle aussi, mais malgré ses limites on note que les rôles professionnels semblent les plus facilement atteints.

Les connaissances acquises sur les causes des limitations, dans les rôles sociaux et familiaux, annoncent des mesures de prévention à privilégier. Les limitations dues à des problèmes de santé mettent en lumière les besoins potentiels en matière d'adaptation/réadaptation, afin de développer les capacités fonctionnelles et les possibilités d'autonomie. Encore une fois les problèmes de santé mentale ressortent comme particulièrement lourds.

Ces observations suggèrent d'autres interventions favorisant l'intégration sociale. On peut songer aux groupes d'entraide, aux mesures de répit et de soutien aux familles, dans le cas particulier des limitations dans les rôles familiaux.

Recours aux services

Il est préoccupant de constater que 84 % de ce que les individus considèrent être des problèmes de santé, se traduisent en recours aux soins. Alors que la mortalité régresse et que la restriction d'activité suit la même tendance en stagnant, la déclaration de problèmes croît légèrement. Cette hausse de consommation se concentre aussi auprès des ressources les plus dispendieuses, les médecins, et certains lieux tels les centres hospitaliers, pas nécessairement les plus efficients, sont privilégiés comme points de services. Ce triple constat (hausse des problèmes, points de services et ressources dispendieuses) ouvre la porte à un questionnement sur une meilleure répartition des ressources, en privilégiant, entre autres, certains points de services et certains praticiens. Ainsi, par exemple, les études de Spitzer (1) et Stoddart et Lomas (2) montrent bien les possibilités qu'offrent les infirmières cliniciennes.

Les inégalités d'accès semblent se perpétuer et les groupes les plus vulnérables sont paradoxalement les plus touchés. Les mécanismes d'allocations de ressources devraient donc être réexaminés, puisque visiblement ceux actuellement mis en place ne répondent pas à une recherche d'équité.

Les éléments psycho-sociaux semblent jouer un rôle non négligeable et jusqu'ici sous-estimé dans le recours aux services; leur rôle serait peut-être plus important que celui des « habitudes de vie ».

Consommation de médicaments

Les comportements au niveau de la consommation des médicaments laissent songeurs, en particulier chez les femmes et les personnes âgées et

pour certaines catégories de médicaments, dont les tranquillisants et analgésiques. En dehors de campagnes d'information relativement discrètes, peu a été fait pour tenter de rendre plus judicieuses la consommation et la prescription, même auprès des clientèles assurées par le MSSS (personnes âgées et bénéficiaires de l'aide sociale).

Santé Québec permet de repréciser les groupes à risques, les profils de consommation et les déterminants de celle-ci. Même s'il est possible de raffiner beaucoup ces différents points, un certain nombre de pistes sont déjà ouvertes, partant du type de praticien accessible, en passant par les lieux de dispensation à privilégier et l'accès aux médicaments.

Références

1. Spitzer, W. O., « The nurse practitioner revisited: slow death of a good idea », *The New England Journal of Medicine*, Editorial retrospectives, 1984, vol. 16, no 310, p. 1049-1051.

2. Stoddart, G., Lomas, J., *Final report of the Burlington working conference on alternative delivery modalities in Canada*, Hamilton, McMaster University, 1987, 17 p.

Conclusion et implication pour la planification et la prise de décision

Collaboration spéciale :

Yvon Brunelle, MSSS, Direction de l'évaluation
François Camirand, MSSS, Direction de l'évaluation

Une enquête de santé, réalisée à tous les 10 ans, ne permet pas une évaluation rigoureuse ou individuelle des activités gouvernementales et communautaires, pour modifier les habitudes de vie et améliorer la santé. Une enquête générale de santé telle que celle de Santé Québec permet toutefois de voir évoluer les déterminants de la santé, les états de santé et les conséquences des états de santé. A la lumière de ce que l'on connaît des efforts consentis pour modifier telle ou telle habitude de vie par exemple, une riche discussion peut être amorcée sur l'évolution des facteurs de santé de façon à inspirer la planification et la prise de décision.

Les apports d'une enquête du type de Santé Québec dans le processus de planification sont multiples. Déjà, l'utilisation des données de l'Enquête Santé Canada donnait un avant-goût des nombreuses possibilités d'une telle banque de données. Depuis le début des années '80, aucune analyse consistante des priorités de santé n'a été effectuée sans tenir compte de l'enquête, comme par exemple Objectif: Santé (1) et le Rapport Rochon (2). Plusieurs des thèmes ayant accaparé la réflexion y ont trouvé leur source, en particulier celui de l'accroissement des années vécues avec restriction d'activité. Cette augmentation, conjuguée avec le vieillissement de la population, semblait ouvrir la porte à un véritable éclatement du système de soins.

Cependant, un échantillonnage nécessairement réduit pour le Québec, l'absence de points de référence dans le temps et un volet « santé mentale » assez faible, limitaient les possibilités d'utilisation de l'Enquête Santé Canada. Santé Québec pallie à ces difficultés. Déjà, sur la seule base de ces premiers résultats, on pose un éclairage plus complet sur certaines questions, telle la mesure de la santé mentale, et on modifie des perspectives, par exemple, la restriction d'activité.

Principaux apports

Santé Québec offre tout d'abord une **vision élargie** par rapport aux seuls indicateurs traditionnels que sont la mortalité ou l'utilisation des services. Seule une enquête de ce type permet la construction, le suivi et le développement d'indicateurs de la santé telle que perçue par les personnes concernées, de même que des indicateurs sur la restriction d'activité (espérance de vie en bonne santé, espérance de vie sans incapacité). On sait que ce type d'indicateurs occupe de plus en plus de place dans la réflexion et la planification, en pays développés.

Par le portrait global que donne Santé Québec, on peut **se dégager des politiques de services pour s'orienter vers celles de santé.** Un ensemble

d'attitudes et de comportements de groupes de population deviennent compréhensibles en fonction de leur environnement social et économique. L'action peut dès lors être planifiée sur n'importe quel point du continuum: déterminants-santé — conséquences. A partir de là on peut dépasser largement les seules préoccupations de services. Et même à partir du seul point de vue des services, on peut mieux comprendre et donc agir sur les liens et relations existant avec les différents modes de recours aux soins.

Une enquête de ce type **confirme ou modifie l'information** que la littérature scientifique, les échanges ou l'expérience avaient permis de structurer, de ce que l'on tenait pour acquis ou de ce qui était soupçonné.

De plus, dans un contexte où l'on tente de développer la recherche, un outil comme Santé Québec contribue grandement à **l'expansion d'une expertise scientifique,** et ce à des niveaux divers: cadre d'analyse, création d'instruments, cueillette de données, validation d'approches. L'utilisation de nombreux indicateurs et indices ouvre de nouvelles avenues d'étude de la santé vue sur un continuum « déterminants — état de santé — conséquences ». Tout en tenant compte des limites inhérentes à de tels instruments (leur manque de spécificité par exemple), ils permettent de rendre compte de la convergence de plusieurs facteurs, sans devoir recourir à une multitude de croisements.

Par delà les résultats préliminaires, on peut tirer de Santé Québec **l'information nécessaire pour fonder des actions**, que ce soit sur les éléments de prévention primaire, secondaire ou tertiaire. Cette information est précieuse dans le cadre des discussions qui tèntent d'évaluer les actions entreprises à ce jour. Ainsi il ressort de ce rapport, que la lutte au tabagisme a porté fruit et que les clientèles les plus irréductibles ont commencé à modifier leur comportement. C'est à la fois un succès et une source d'information sur de futures luttes contre d'autres habitudes de vie nocives. On peut faire de même pour les maladies cardiaques et, puisque c'est une enquête générale, établir les liens avec l'évolution des facteurs de risque.

Une telle banque de données **suscite des interrogations et permet de déboucher sur des approches nouvelles.** Ainsi, les tendances récentes en promotion de la santé, et l'accent mis sur les facteurs de protection plutôt que sur les seuls facteurs de risque, ne sont possibles que sur la base de l'information fournie par une enquête générale. Les fichiers traditionnels basés sur le recours aux services publics, même s'ils incluent quelques données sur les individus y figurant, ne permettent que la mise en lumière des facteurs de risque les plus visibles.

Permettre une comparaison dans le temps et l'espace est fondamental lorsque l'on veut planifier. Une bonne partie de l'analyse de l'enquête Santé Québec est constituée d'indices, de questions posées ailleurs (Santé Canada, Alameda county, par ex.). C'est à l'aide de ces sources qu'on peut s'évaluer, situer ses tendances et noter les gains potentiels. En soit, savoir que le Québec compte près d'un tiers de fumeurs est de peu de signification; l'espérance de vie est qualifiée en fonction de celle enregistrée ailleurs et non pas en soi. On peut déjà constater que pour les éléments où la comparaison n'est pas possible dans le temps, et c'est le cas de l'environnement social, les enseignements à tirer sont nettement plus mitigés. Par contre, pour ces derniers, Santé Québec constitue une situation de départ face à laquelle les enquêtes futures voudront se comparer.

Finalement l'information disponible est accessible et **pertinente pour les différents niveaux de planification et de prise de décision.** Un service du ministère de la Santé et des Services sociaux peut y trouver de l'information sur une clientèle, une pathologie, une habitude de vie, un facteur environnemental ou un type de service. Le niveau décisionnel ministériel peut réévaluer des priorités, percevoir des tendances et déceler des menaces ou des opportunités. Sur une base de territoire (région, sous-région), Santé Québec offre des possibilités intéressantes qui étaient à peu près absentes jusqu'à aujourd'hui.

Risques et limites

Les risques et limites de toute enquête sont souvent à la mesure de l'enthousiasme et des opportunités qu'on y voit. Une utilisation imprudente ou inconsidérée peut entraîner d'amères désillusions.

Santé Québec est une enquête transversale, et n'est donc pas un suivi de population. Par conséquent, **les liens de causalité sont impossibles à établir.** On est constamment confronté au dilemme de la poule et de l'oeuf. Il importe de distinguer entre causalité, relation et association. Ainsi la maladie est régulièrement associée à la pauvreté: les individus pauvres sont plus à risque d'être malades, mais de la même façon les individus malades sont plus susceptibles de devenir pauvres.

Une enquête générale de population est toujours globale et grossière; en conséquence, **des phénomènes quantitativement peu importants y seront indécelables,** par exemple le SIDA. Ce n'est pas un outil uniformément valable pour toutes les interrogations d'un système de soins et de services. De la même façon les éléments socialement peu acceptés ou sujets au déni (maladie mentale, violence, par ex.) ne peuvent être saisis

qu'indirectement. Déjà, en ce qui concerne les pathologies sociales, Santé Québec constitue un essai important.

Dans certains cas, une telle enquête permet d'aller assez loin dans l'analyse des relations entre les éléments du continuum, mais **on ne peut espérer une information raffinée.** Il est possible de préciser des clientèles, des attentes, des comportements ou des environnements. Mais on ne peut s'en remettre en tout et pour tout à la seule enquête. Celle-ci ne se substitue pas aux sources habituelles d'information; elle s'y ajoute, les déborde et les complète. Elle ne peut remplacer non plus les recherches spécifiques; en revanche c'est l'outil idéal pour indiquer où chercher. Cet équilibre entre les sources d'information ne peut être maintenu que par la répétition périodique de ce type d'enquête. Faute d'un tel outil, il y a fort à parier que l'attention se recentrera principalement sur les données provenant des fichiers maintenus par les tiers-payants, publics tels que Med Echo, ceux de la RAMQ et de la RAAQ.

Finalement, il y a aussi le **risque de réaction excessive face à un élément nouveau.** Ainsi, lorsqu'à partir de l'Enquête Santé Canada, l'importance du développement de la notion de restriction d'activité est devenue apparente,la réaction des chercheurs et des utilisateurs a dépassé la mesure de sa signification et les réserves face à une dimension mal connue ont été escamotées. Il devenait nécessaire de faire le point sur cette question, ce que Santé Québec permet à présent. Mais devant tout nouveau phénomène d'importance que pourrait signaler cette enquête, il faut également procéder avec une certaine prudence.

Acteurs concernés

Une telle **enquête implique d'abord et avant tout le Ministère et les organismes du réseau** de la santé et des services sociaux. Ils sont les demandeurs et également les plus grands utilisateurs.

Les sources habituelles d'information réfèrent généralement aux données compilées par les tiers-payants publics (RAMQ, RAAQ). Un instrument comme Santé Québec peut montrer **la place, souvent négligée, occupée par tout le volet privé** (soins dentaires, médecines douces, etc.). Ces services privés incluent, au sens de Sodestrom (3), ceux **fournis à domicile par les membres du foyer.** Ainsi, un des éléments majeurs de la présente enquête est de faire ressortir la fréquence et le poids que représente la présence de malades graves au foyer, par exemple.

Les éléments mis en lumière par Santé Québec au niveau de l'environnement, des facteurs de risque et de l'impact des différents problèmes

sociaux ou de santé, rendent plus visible **l'importance d'acteurs n'appartenant pas au système de soins traditionnel, public ou privé.** Il est dès lors plus apparent que la santé n'est pas la responsabilité exclusive du seul réseau de soins, mais aussi d'autres ministères, d'instances gouvernementales (par exemple, les municipalités) ou d'organismes privés (entreprises, etc.). Toutefois, derrière toute mesure prise pour la santé (ceinture de sécurité, tabac, traitement de l'eau, normes de véhicules, aliments et drogues, etc.), il y a d'abord une information (enquête, étude ou recherche) qui conduit à l'action.

Outil de planification et d'action

L'enquête Santé Québec constitue un outil essentiel à la planification et à l'action. Plusieurs éléments sont concernés.

L'analyse des besoins et de la situation sanitaire globale peut être réévaluée. Ainsi Santé Québec révèle l'importance de la santé mentale, et ce indépendamment du phénomène de la maladie. En revanche, les discours alarmistes, quant à l'augmentation de la restriction d'activité en rapport avec l'allongement de la vie, seront tempérés.

La liste des priorités peut être réexaminée. Les problèmes de santé les plus importants dans la population ne sont pas nécessairement ceux sur lesquels on investit le plus en ressources. De même, ces priorités peuvent être reconsidérées en fonction de l'importance que la population accorde aux différents états de santé (indicateurs de type QALY (4, 5).

La façon de définir et de spécifier des clientèles ou des problématiques peut être grandement améliorée. Ne serait-ce qu'en ce qui a trait au type de ressources utilisées ou encore aux habitudes de vie, il est possible de cibler beaucoup plus adéquatement les interventions.

Une connaissance plus précise des attitudes, des perceptions et des comportements de la population peut être obtenue par cette source d'information, puis être mise en relation avec le milieu d'appartenance et avec un ensemble de caractéristiques qui, à leur tour, indiquent des possibilités d'intervention.

Des situations préoccupantes ayant jusqu'ici été ignorées ou négligées peuvent être signalées par Santé Québec. En particulier, des informations absentes des sources traditionnelles (certains déterminants, environnement social, santé mentale, etc.) sont apportées par l'enquête. Ainsi, les conditions d'une désinstitutionnalisation plus adéquate peuvent commencer à être analysées.

Une source d'information comme Santé Québec contribue **à développer, à renforcer, à maintenir, à ajuster, à modifier ou à réorienter les actions (information, formation, législations, etc.) en cours**. Les modifications récentes aux habitudes de vie individuelles, rapportées par l'enquête, auront un impact sur les façons de voir et d'intervenir. Les comportements préventifs, le recours aux services, l'utilisation de médicaments et bien d'autres points sont susceptibles d'être réexaminés.

L'allocation des ressources peut être reconsidérée, à la lumière de cette nouvelle information; il devient ainsi possible de se distancer des « bases historiques » telles que l'utilisation et le financement des services. On pourra donc réorienter les ressources vers les régions les plus atteintes, vers les problèmes négligés et vers les clientèles les plus vulnérables.

Les perspectives peuvent être tout aussi bien à long terme qu'à court terme. Si des réallocations de ressources peuvent se faire à court terme, l'exemple du tabagisme montre l'importance d'actions à long terme. Dans la mesure où une telle enquête est répétée, les perspectives d'action à long terme prennent tout leur sens.

La cohérence de l'action peut être accrue. Le recours systématique aux indicateurs de services, ou même aux tables de mortalité, rend difficile la planification d'interventions pouvant intégrer à la fois les niveaux primaire, secondaire et tertiaire. En revanche, avec Santé Québec on peut établir un lien entre ces trois temps. Il devient possible de concevoir une intervention visant aussi bien à prévenir (déterminants), que guérir ou réduire les conséquences (services et soutien). Cette cohérence peut aussi s'étendre à l'intersectorialité, souvent difficile à réaliser faute d'informations fiables pouvant rallier les partenaires sociaux.

Les possibilités d'une enquête du type Santé Québec dans la planification et la prise de décision sont multiples, mais ces opportunités restent latentes. Le fait même de recourir à cette source d'information pour planifier, orienter et décider s'inscrit dans le processus de décision. L'exemple de l'Enquête Santé Canada est riche d'enseignements à cet égard: même si le bilan de santé utilisé depuis le début des années '80 en provient, et même si certaines des préoccupations dominantes des dernières années y ont trouvé leur origine, on peut malgré tout considérer que cette enquête a été sous-utilisée.

Santé Québec a choisi, de son côté, d'impliquer tout au long de l'enquête plusieurs services du Ministère, les Départements de santé communautaire et des équipes universitaires. Cette méthode de travail

voulait, au-delà de la production de résultats préliminaires, mieux assurer l'arrimage « recherche-planification-décision-administration ». Elle a permis également au plus grand nombre d'usagers possible l'accès simultané à la connaissance des données et à leurs possibilités d'analyse et d'utilisation.

Références

1. Conseil des affaires sociales et de la famille, *Objectif: santé*, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, Québec, Les Publications du Québec, 1984, 217 p..

2. Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, *Rapport de la commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux*, Québec, Les Publications du Québec, 1988, 803 p..

3. Soderstrom, L., *Privatization: Adopt or adapt*, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, synthèse critique no 36, Québec, Les Publications du Québec, 1987, 242 p.

4. Avorn, J., « Benefit and cost analysis in geriatric care: turning age discrimination into health policy », *The New England Journal of Medicine*, 1984, vol.20, no 310, p. 1294-1301.

5. Robine, J. M., Brouard, N., Colvez A., « Les indicateurs d'espérance de vie sans incapacité (EVSI), Des indicateurs globaux de l'état de santé des populations », *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 1987, no 35, p. 206-224.

Liste des graphiques

Graphique 1 Omission du petit déjeuner, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 27

Graphique 2 Omission du petit déjeuner, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 28

Graphique 3 Dépense énergétique quotidienne totale (DEQT) par unité de poids corporel en kj/kg/jr, selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 33

Graphique 4 Personnes ayant un score faible à l'indice des saines habitudes de vie, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 18 ans et plus, Québec, 1987 40

Graphique 5 Proportion des personnes qui ont obtenu un point par question d'intégration sociale, selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 70

Graphique 6 Proportion des gens insatisfaits de leur support social, selon diverses composantes du support perçu et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 72

Graphique 7 Répertoire des accidents selon le lieu, Québec, 1987 .106

Graphique 8 Taux d'accidents de travail, selon le sexe et l'occupation, pour 100 personnes, population active, Québec, 1987 109

Graphique 9 Répartition de la population dans les catégories de l'indice de santé globale, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 116

Graphique 10 Indice de santé globale, selon le sexe, le groupe d'âge et le niveau de revenu (données standardisées), Québec, 1987 117

Graphique 11 Indice de santé globale, selon la scolarité relative, les habitudes de vie, le support social, la détresse psychologique et l'indice d'événements stressants (données standardisées), population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 118

Graphique 12 Répartition des personnes, selon leur perception de l'état de santé, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 152

Graphique 13 Perception de l'état de santé, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 153

Graphique 14 Perception de l'état de santé, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 154

Graphique 15 Perception de l'état de santé, selon le sexe et l'indice de santé globale standardisé, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 155

Graphique 16 Perception de l'état de santé, selon le groupe d'âge et l'indice de santé globale, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 156

Graphique 17 Raisons des difficultés rencontrées dans l'accomplissement des rôles sociaux, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 196

Graphique 18 Raisons des difficultés rencontrées dans l'accomplissement des rôles familiaux, selon chacun de ces rôles, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 197

Graphique 19 Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, le sexe, l'état matrimonial et le niveau de revenu, en pourcentage, Québec, 1987 204

Graphique 20 Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon l'indice de santé globale, le score de détresse psychologique, l'indice d'événements stressants et l'indice des habitudes de vie, en pourcentage, Québec, 1987 205

Graphique 21 Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon le lieu de consultation et le sexe, en pourcentage, Québec, 1987 206

Graphique 22 Population ayant consulté un professionnel durant les deux semaines précédant l'enquête, selon le motif de la dernière consultation et le sexe, en pourcentage, Québec, 1987 208

Graphique 23 Distribution des fréquences de consultations pour problèmes de santé au cours des quatre mois précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, en pourcentage, Québec 1987 210

Graphique 24 Population hospitalisée durant l'année précédant l'enquête, selon le groupe d'âge, le sexe et le niveau de revenu, en pourcentage, Québec, 1987 211

Graphique 25 Prévalence de la consommation, selon la classe de médicaments et le sexe, pour 100 personnes, Québec, 1987 213

Graphique 26 Population qui consomme des médicaments, selon l'indice de détresse psychologique, en pourcentage, Québec, 1987 214

Graphique 27 Population qui consomme des médicaments, selon l'indice d'événements stressants, en pourcentage, Québec, 1987 215

Graphique 28 Population qui consomme des médicaments, selon l'indice des habitudes de vie, en pourcentage, Québec, 1987 216

Liste des tableaux

Tableau 1 Type de buveurs, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 16

Tableau 2 Nombre de consommations hebdomadaires, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 17

Tableau 3 Nombre de consommations hebdomadaires, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 18

Tableau 4 Proportion de buveurs à risque, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987. 19

Tableau 5 Consommation de drogue au cours de la vie, selon le type de drogues, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987..... 21

Tableau 6 Consommation de drogue, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987..... 22

Tableau 7 Consommation de drogue, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987..... 22

Tableau 8 Consommation de drogue, selon la scolarité relative, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987..... 23

Tableau 9 Consommation de drogue, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987..... 23

Tableau 10 Distribution des fumeurs de cigarettes, selon le type de fumeurs, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 24

Tableau 11 Proportion de fumeurs réguliers de cigtarettes, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 25

Tableau 12 Proportion de fumeurs réguliers de cigarettes chez les jeunes de moins de 30 ans, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 25

Tableau 13 Heures de sommeil, selon l'horaire de travail, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987. 31

Tableau 14 Indice de dépense énergétique associée aux activités physiques à intensité élevée, en kj/kg/jr, selon le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 34

Tableau 15 Obésité et excès de poids, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 36

Tableau 16 Indice d'obésité, selon l'état matrimonial, après ajustement pour l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 37

Tableau 17 Indice d'obésité, selon le niveau de revenu, après ajustement pour l'âge et le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 38

Tableau 18 Indice de saines habitudes de vie, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 41

Tableau 19 Indice de saines habitudes de vie, selon la scolarité relative, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 41

Tableau 20 Indice de saines habitudes de vie, selon la catégorie professionnelle, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 42

Tableau 21 Port de la ceinture de sécurité en automobile, selon le statut d'usager et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 51

Tableau 22 Port de la ceinture de sécurité en automobile, selon le statut d'usager, le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 52

Tableau 23 Port de la ceinture de sécurité en automobile, selon la scolarité relative et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 53

Tableau 24 Port de la ceinture de sécurité en automobile, selon le type de buveurs, la consommation hebdomadaire d'alcool et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 54

Tableau 25 Proportion de femmes qui ont subi un test de Pap, en 1978-1979 et en 1987, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 56

Tableau 26 Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap), selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 57

Tableau 27 Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap), selon le niveau de revenu, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 58

Tableau 28 Fréquence de l'auto-examen des seins, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 59

Tableau 29 Délai depuis le dernier examen des seins par un professionnel de la santé, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 59

Tableau 30 Délai depuis la dernière mammographie, selon le groupe d'âge, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 60

Tableau 31 Délai depuis la dernière mammographie, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population féminine âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 61

Tableau 32 Indice d'intégration sociale, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 71

Tableau 33 Satisfaction face à la vie sociale, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 73

Tableau 34 Satisfaction face à la vie sociale, selon l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 74

Tableau 35 Satisfaction face à la vie sociale, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 74

Tableau 36 Satisfaction face à la vie sociale, selon la durée des problèmes de santé, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 75

Tableau 37 Satisfaction face à la vie sociale, selon les événements survenus avant l'âge de 12 ans, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 75

Tableau 38 Satisfaction face à la vie sociale, selon la restriction d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 76

Tableau 39 Fréquence de certains événements de vie, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 77

Tableau 40 Niveau de stress déclaré pour certains événements de vie (échelle de 1 à 10), selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 78

Tableau 41 Indice d'événements stressants, selon le groupe d'âge et le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 79

Tableau 42 Indice d'événements stressants, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 80

Tableau 43 Indice d'événements stressants, selon le statut d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 81

Tableau 44 Indice d'événements stressants, selon l'exposition à un événement stressant ancien (avant 12 ans), en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987... 83

Tableau 45 Fréquence des problèmes de santé, selon le sexe, en pourcentage, Québec, 1987 96

Tableau 46 Prévalence des problèmes de santé, selon le sexe, Québec, 1987..... 97

Tableau 47 Prévalence des principaux problèmes de santé, selon le sexe, chez les enfants âgés de 0 à 14 ans, Québec, 1987 98

Tableau 48 Prévalence des principaux problèmes de santé, selon le sexe, chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans, Québec, 1987.....99

Tableau 49 Prévalence des principaux problèmes de santé, selon le sexe, chez les adultes âgés de 25 à 44 ans, Québec, 1987.....100

Tableau 50 Prévalence des principaux problèmes de santé, selon le sexe, chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, Québec, 1987.....101

Tableau 51 Prévalence des principaux problèmes de santé, selon le sexe, chez les adultes âgés de 65 ans et plus, Québec, 1987.....102

Tableau 52 Taux d'accidents, selon le lieu et le sexe, Québec, 1987 .107

Tableau 53 Taux d'accidents, selon le lieu et les problèmes reliés à la consommation d'alcool (CAGE), pour 100 personnes, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.....110

Tableau 54 Description des catégories composant l'indice d'état de santé globale et identification des questions ou variables correspondantes 112

Tableau 55 Prévalence de la déficience mentale, selon le groupe d'âge, Québec, 1987 125

Tableau 56 Prévalence de la confusion et des pertes de mémoire, selon le groupe d'âge, Québec, 1987 126

Tableau 57 Prévalence de la dépression, selon le sexe, Québec, 1987.....126

Tableau 58 Prévalence de grande nervosité ou d'irritabilité, selon le sexe, Québec, 1987.....127

Tableau 59 Prévalence de l'ensemble des problèmes psychologiques qualifiés de sévères, Québec, 1987 127

Tableau 60 Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon le sexe et le groupe d'âge, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 129

Tableau 61 Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon l'état matrimonial, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 130

Tableau 62 Prévalence des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, selon la présence d'un confident, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 131

Tableau 63 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 135

Tableau 64 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.....136

Tableau 65 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon la scolarité relative, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.....136

Tableau 66 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon le statut d'activité, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987.....137

Tableau 67 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon la catégorie professionnelle, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 137

Tableau 68 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon le niveau de revenu, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 138

Tableau 69 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon l'indice de santé globale, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 139

Tableau 70 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon l'indice d'événements stressants, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 139

Tableau 71 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon la satisfaction à la vie sociale, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 140

Tableau 72 Personnes ayant un score élevé de détresse psychologique, selon la perception de l'état de santé, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 140

Tableau 73 Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle de bien-être psychologique, selon l'âge, le sexe et l'état matrimonial, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 144

Tableau 74 Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle de bien-être psychologique, selon l'indice de santé globale, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 145

Tableau 75 Personnes ayant un score élevé et très élevé à l'échelle de bien-être psychologique, selon l'indice d'événements stressants, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 145

Tableau 76 Répartition des informateurs-clés, selon le sexe et l'état matrimonial, Québec, 1987 161

Tableau 77 Problèmes reliés à l'alcool suivant la méthode des tiers et celle de la dépendance à l'alcool, selon le sexe, en pourcentage, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 162

Tableau 78 Journées d'incapacité totale et journées d'alitement (moyenne annuelle par personne), selon le sexe, Québec, 1978-1979 et 1987 178

Tableau 79 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne, selon le niveau d'incapacité et proportion attribuable à une incapacité à long terme et celle due à une origine externe, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 179

Tableau 80 Population ayant une limitation quelconque à long terme ou besoin d'aide, étant confinée au lit ou au fauteuil ou étant incapable de sortir de la maison, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987 180

Tableau 81 Causes principales de l'incapacité à long terme, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987 181

Tableau 82 Origine de la limitation à long terme, selon le sexe et le groupe d'âge, en pourcentage, Québec, 1987 183

Tableau 83 Évolution du taux d'incapacité à long terme, selon diverses sources, 1978 à 1987, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 184

Tableau 84 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon le niveau de revenu, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 185

Tableau 85 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la scolarité relative, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 185

Tableau 86 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon le statut d'activité, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 189

Tableau 87 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la profession, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 187

Tableau 88 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon la langue parlée, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 187

Tableau 89 Moyenne annuelle des journées d'incapacité par personne et proportion de la population ayant une incapacité à long terme, selon l'état matrimonial, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 187

Tableau 90 Nombre moyen annuel de consultations auprès de professionnels, selon la présence ou l'absence d'une incapacité à long terme, Québec, 1987 188

Tableau 91 Taux de survie, personnes-années vécues et taux d'hébergement en institution, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 189

Tableau 92 Espérance de vie totale, en institution et hors institution, selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1987 190

Tableau 93 Espérance de vie en bonne santé et autres composantes, Québec, 1978-1979 et 1987 191

Tableau 94 Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux, selon deux groupes d'âge et le sexe, par 100 personnes, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 195

Tableau 95 Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux, selon deux catégories d'activité, pour 100 personnes, population active âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 195

Tableau 96 Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles sociaux, selon le niveau de revenu, pour 100 personnes, population active âgée de 15 ans et plus, Québec, 1987 196

Tableau 97 Prévalence de la limitation ressentie dans les rôles familiaux, selon la présence ou l'absence de limitation dans les rôles sociaux, Québec, 1987 198

Tableau 98 Population ayant consulté au moins une fois pour chaque catégorie de professionnels, en pourcentage, Québec, 1987.....203

Tableau 99 Consommation de médicaments, selon la classe de médicaments, l'avis médical et la régularité de la consommation, en pourcentage, Québec, 1987 212

Annexes

Annexe 1

Liste des cahiers techniques

Liste des cahiers techniques

1- L'enquête Santé Québec: sa signification, sa pertinence et son utilité, Cahier technique 87-01, Aline Émond, janvier 1988.

2- Plan de sondage de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-02, Robert Courtemanche, Françoise Tarte, décembre 1987.

3- Sources et justifications des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-03, Madeleine Levasseur, février 1987.

4- Mode d'utilisation des instruments de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-04, Aline Émond, juin 1987.

5- Le processus de gestion de l'enquête, Cahier technique 87-05, Aline Émond, May Clarkson, juin 1988.

6- Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée, Cahier technique 87-06, Chantal Perrault, décembre 1987.

7- Validation, codification et saisie des données de l'enquête Santé Québec, Cahier technique 87-07, Aline Émond, Guy Trudel, octobre 1988.

8- Informatisation et programmation/structure de pondération, Cahier technique 87-08, Aline Émond, Michel Lambert, Robert Courtemanche, Françoise Tarte, octobre 1988.

Annexe 2

Fiche d'identification

SANTÉ - QUÉBEC — **FICHE D'IDENTIFICATION**

1. No de dossier [2] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [9] [9] [1]
2. Adresse _____
3. Code postal [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]
4. No de liste [ ] [ ] [ ] [ ]
5. Français 1 Anglais 2 [ ]
6. Logement multiple [ ] [ ]
7. Type de construction
   1. Maison individuelle
   2. Moins de 6 logements
   3. 6 logements et plus
   4. Autres
8. Nbre de pièces [ ] [ ]
9. No d'intervieweur [ ] [ ] [ ]
10. No de téléphone ( ) _____
11. Date et heure des rendez-vous
    1 _____
    2 _____
    3 _____
    4 _____
    5 _____
    6 _____

	[1] No de personne	[2] No de personne	[3] No de personne	[4] No de personne	[5] No de personne
12. Renseignements sur les membres du foyer					
13. Indiquer toutes les personnes qui demeurent actuellement dans ce logement, qui n'ont pas de lieu de résidence ailleurs, et/ou qui sont temporairement absentes (affaires, études, hôpital, etc.)	Prénom / Nom	Prénom / Nom	Prénom / Nom	Prénom / Nom	Prénom / Nom
14. Quelle est la date de naissance de _____ CALCULEZ L'ÂGE	[ ] [ ] mois [ ] [ ] an	[ ] [ ] mois [ ] [ ] an	[ ] [ ] mois [ ] [ ] an	[ ] [ ] mois [ ] [ ] an	[ ] [ ] mois [ ] [ ] an
15. Cela signifie qu'il/elle est âgé(e) de	[ ] [ ] âge	[ ] [ ] âge	[ ] [ ] âge	[ ] [ ] âge	[ ] [ ] âge
16. VÉRIFIEZ LE SEXE DE CHACUN ET CODEZ 1= homme 2= femme	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
No de dossier [2] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [9] [9] [2]					
17. REMETTEZ LA FICHE DE RÉFÉRENCE "A" Quel est le lien entre vous et _____ Si autre préciser	[ ] [ ] [ ] [9] [9]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]	[ ] [ ] [ ]
18. INDIQUEZ POUR CHACUNE SI ELLE EST PÈRE OU MÈRE D'UNE DES PERSONNES. CODEZ SELON LES INSTRUCTIONS					
19. INDIQUEZ POUR CHACUNE DES PERSONNES, SI ELLE A PARTICIPÉ À L'ENTREVUE 1= oui 2= non	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
20. OR, Y a-t-il des réponses 1= oui 2= non	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
21. Raisons de non-réponses					[ ] [ ]
22. Individuel livré 1= oui 2= non 9= N/A	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
23. Commentaires					

CETTE FICHE EST CONFIDENTIELLE

Nombre de fiches [ ] de [ ]

Annexe 3

Questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI)

SANTÉ QUÉBEC

NO DE DOSSIER
3 ☐☐☐☐☐☐☐☐ 0 1 1-13

NO DE L'INTERVIEWER
☐☐☐ 14-16

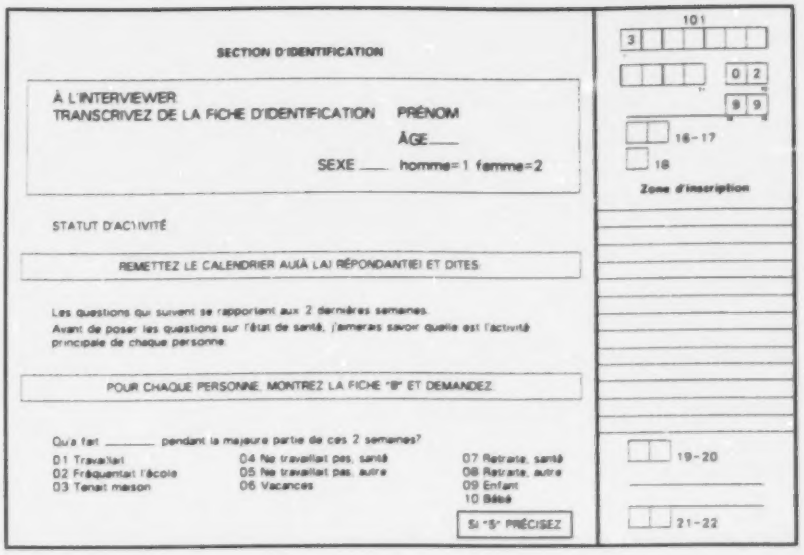
NO DU QUESTIONNAIRE
☐ de ☐ 17-18

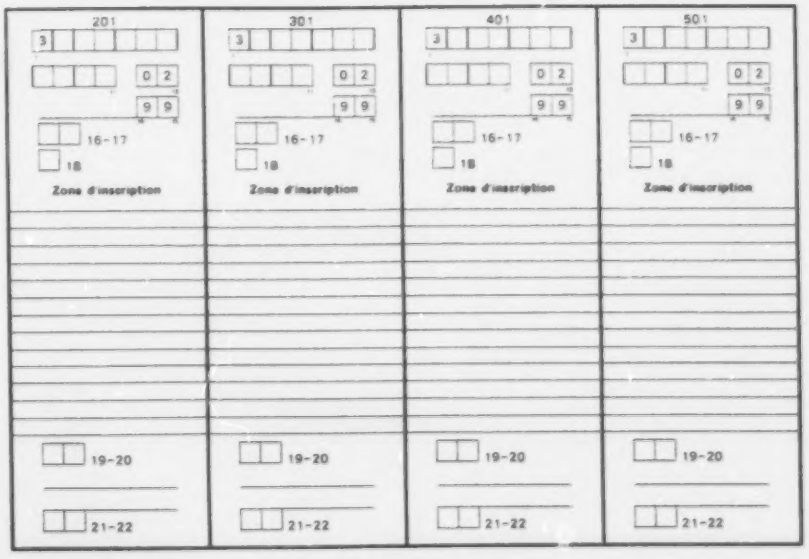
S.Q. ☐ 19 1 20

COMPOSANTE «INTERVIEW»

REGISTRE DES VISITES

No de visite	Date		Durée de l'interview		Durée de l'interview (min.)	Commentaires
	Jour	Mois	Début	Fin		
1						
2						
3						
4						


101
SECTION D'IDENTIFICATION
À L'INTERVIEWER:
TRANSCRIVEZ DE LA FICHE D'IDENTIFICATION PRÉNOM
ÂGE
SEXE homme=1 femme=2
16-17
18
Zone d'inscription
STATUT D'ACTIVITÉ
REMETTEZ LE CALENDRIER AU/À LA RÉPONDANT(E) ET DITES:
Les questions qui suivent se rapportent aux 2 dernières semaines.
Avant de poser les questions sur l'état de santé, j'aimerais savoir quelle est l'activité principale de chaque personne.
POUR CHAQUE PERSONNE, MONTREZ LA FICHE "B" ET DEMANDEZ:
Qu'a fait _____ pendant la majeure partie de ces 2 semaines?
01 Travaillait
02 Fréquentait l'école
03 Tenait maison
04 Ne travaillait pas, santé
05 Ne travaillait pas, autre
06 Vacances
07 Retraité, santé
08 Retraité, autre
09 Enfant
10 Bébé
Si "5" PRÉCISEZ
19-20
21-22


201
301
401
501
16-17
18
Zone d'inscription
19-20
21-22

SECTION I - INCAPACITÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

Les questions qui suivent portent sur l'état de santé des membres de votre foyer au cours des 2 dernières semaines.

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE

10a) Au cours des 2 dernières semaines, _____ a-t-il (elle) gardé le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) pour des raisons de santé? ☐ 23

1= oui
2= non (Passez à 11a)

b) Pendant combien de jours? NOMBRE ☐☐ 24-25

NE PAS LIRE LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES S'ILS NE S'APPLIQUENT PAS

11a) (Sans compter ce(s) jour(s) d'alitement...) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ a été incapable d'aller travailler, de tenir maison ou d'aller à l'école pour des raisons de santé? ☐ 26

1= oui
2= non (Passez à 12a)

b) Pendant combien de jours? NOMBRE ☐☐ 27-28

12a) (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où _____ a dû diminuer ses activités habituelles pour des raisons de santé? ☐ 29

1= oui
2= non (Passez à 13a)

b) Pendant combien de jours? NOMBRE ☐☐ 30-31

13a) Ça fait un total de _____ jours pendant les deux dernières semaines que _____ a dû limiter ses activités pour des raisons de santé.

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS
SI 0 ÉCRIVEZ 00, go 10a ☐☐ 32-33

b) Quel était le principal problème de santé qui l'a obligé(e) à arrêter ou à modérer ses activités?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 34-37

c) Ce problème était-il dû à un accident? ☐ 38

1= oui
2= non (go 10a)

d) Quel genre de blessure _____ a-t-il (elle) eu?

PRÉCISEZ LA BLESSURE
ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 39-42

□ 23 □□ 24-25	□ 23 □□ 24-25	□ 23 □□ 24-25	□ 23 □□ 24-25
□ 26 □□ 27-28	□ 26 □□ 27-28	□ 26 □□ 27-28	□ 26 □□ 27-28
□ 29 □□ 30-31	□ 29 □□ 30-31	□ 29 □□ 30-31	□ 29 □□ 30-31
□□ 32-33 □□□□ 34-37 □ 38 □□□□ 39-42	□□ 32-33 □□□□ 34-37 □ 38 □□□□ 39-42	□□ 32-33 □□□□ 34-37 □ 38 □□□□ 39-42	□□ 32-33 □□□□ 34-37 □ 38 □□□□ 39-42

SECTION II – RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

102

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites au cours des 2 dernières semaines.

ENCERCLEZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8" SI 1 OU 8.
ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. MONTREZ LA FICHE "C" ET DEMANDEZ

14 Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé:

a- Un(e) médecin généraliste ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — a ☐ 43

b- Un(e) médecin spécialiste ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — b ☐ 44

(SI OUI, DE QUEL(S) SPÉCIALISTE(S) S'AGIT-IL?) — PRÉCISEZ

1) ☐☐ 45-46

2) ☐☐ 47-48

3) ☐☐ 49-50

c- Un(e) dentiste ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — c ☐ 51

d- Un(e) denturologiste ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — d ☐ 52

e- Un(e) infirmier(ère) ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — e ☐ 53

f- Un(e) pharmacien(ne) ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — f ☐ 54

g- Un(e) optométriste ou un(e) opticien(ne) ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — g ☐ 55

h- Un(e) physiothérapeute ou un(e) ergothérapeute ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — h ☐ 56

i- Un(e) chiropraticien(ne) ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — i ☐ 57

j- Un(e) acupuncteur(trice) ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — j ☐ 58

k- Un(e) psychologue ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — k ☐ 59

l- Un(e) travailleur(euse) social(e) ou un(e) autre conseiller(ère) du même type ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — l ☐ 60

(Si oui) PRÉCISEZ LA PROFESSION — ☐☐ 61-62

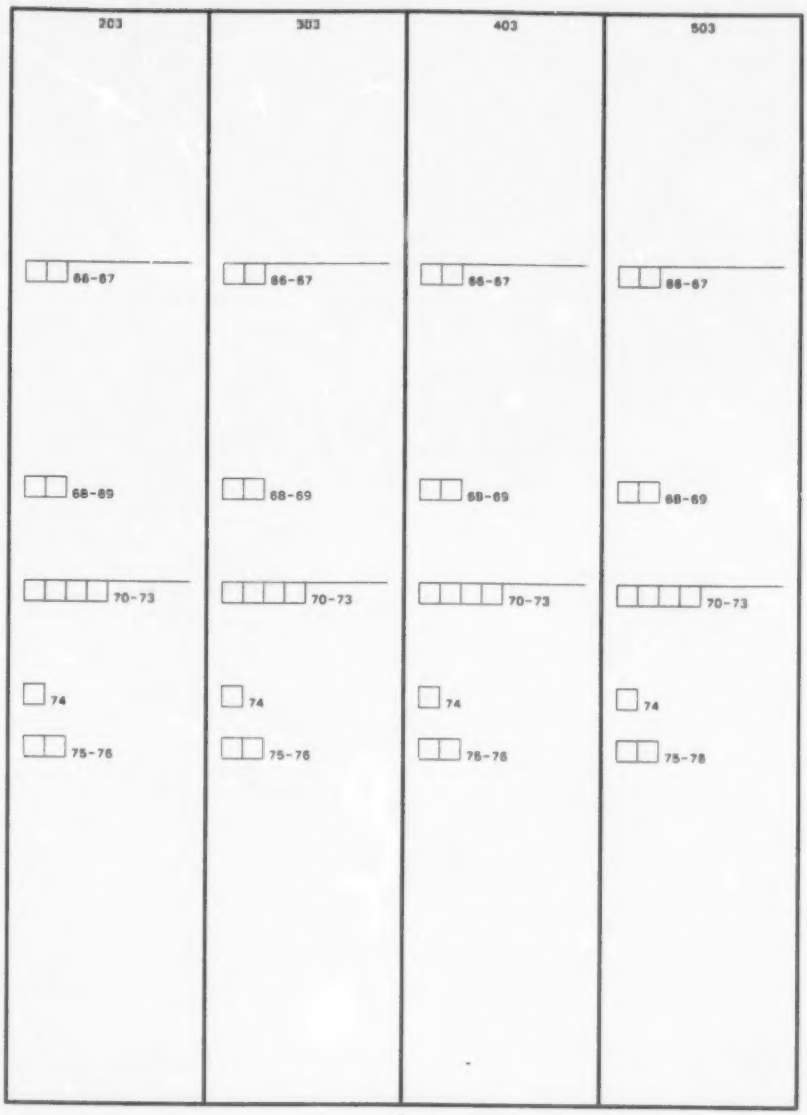
m- Toute autre personne qui fait des traitements ou qui donne des conseils ..... 1= oui (OUI?) non 8= ne sait pas — m ☐ 63

(Si oui) PRÉCISEZ LA PROFESSION — ☐☐ 64-65

SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A CONSULTÉ, PASSEZ À LA QUESTION 16.

202	302	402	502
a ☐ 43	a ☐ 43	a ☐ 43	a ☐ 43
b ☐ 44	b ☐ 44	b ☐ 44	b ☐ 44
1) ☐☐ 45-46	1) ☐☐ 45-46	1) ☐☐ 45-46	1) ☐☐ 45-46
2) ☐☐ 47-48	2) ☐☐ 47-48	2) ☐☐ 47-48	2) ☐☐ 47-48
3) ☐☐ 49-50	3) ☐☐ 49-50	3) ☐☐ 49-50	3) ☐☐ 49-50
c ☐ 51	c ☐ 51	c ☐ 51	c ☐ 51
d ☐ 52	d ☐ 52	d ☐ 52	d ☐ 52
e ☐ 53	e ☐ 53	e ☐ 53	e ☐ 53
f ☐ 54	f ☐ 54	f ☐ 54	f ☐ 54
g ☐ 55	g ☐ 55	g ☐ 55	g ☐ 55
h ☐ 56	h ☐ 56	h ☐ 56	h ☐ 56
i ☐ 57	i ☐ 57	i ☐ 57	i ☐ 57
j ☐ 58	j ☐ 58	j ☐ 58	j ☐ 58
k ☐ 59	k ☐ 59	k ☐ 59	k ☐ 59
l ☐ 60	l ☐ 60	l ☐ 60	l ☐ 60
☐☐ 61-62	☐☐ 61-62	☐☐ 61-62	☐☐ 61-62
m ☐ 63	m ☐ 63	m ☐ 63	m ☐ 63
☐☐ 64-65	☐☐ 64-65	☐☐ 64-65	☐☐ 64-65

SECTION II – RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)	103
POUR CHAQUE PERSONNE QUI A CONSULTÉ UNE FOIS OU PLUS AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, DEMANDEZ:	
15a) Quelle est la dernière personne que _____ a consultée?	
PRÉCISEZ LA PROFESSION	☐☐ 66-67
MONTREZ LA FICHE "D" ET DEMANDEZ:	
b) Où a eu lieu la dernière consultation de _____ ?	
PRÉCISEZ LE LIEU	☐☐ 68-69
c) Quel était le principal problème de santé à l'origine de cette consultation?	
PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 70-73
d) Depuis combien de temps _____ a-t-il(elle) ce problème?	
1= jour 2= semaine 3= mois 4= année 9= ne sait pas UNITÉ	☐ 74
NOMBRE DE	☐☐ 75-76



7

104

3 | | | | | | |

| | | | | 0 | 3 |

SECTION III – CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres du foyer ont pris, au cours des 2 derniers jours (pilules, onguent, sirop).

ENCERCLEZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8". SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. MONTREZ LA FICHE "E" ET DEMANDEZ:

16 Hier ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants:

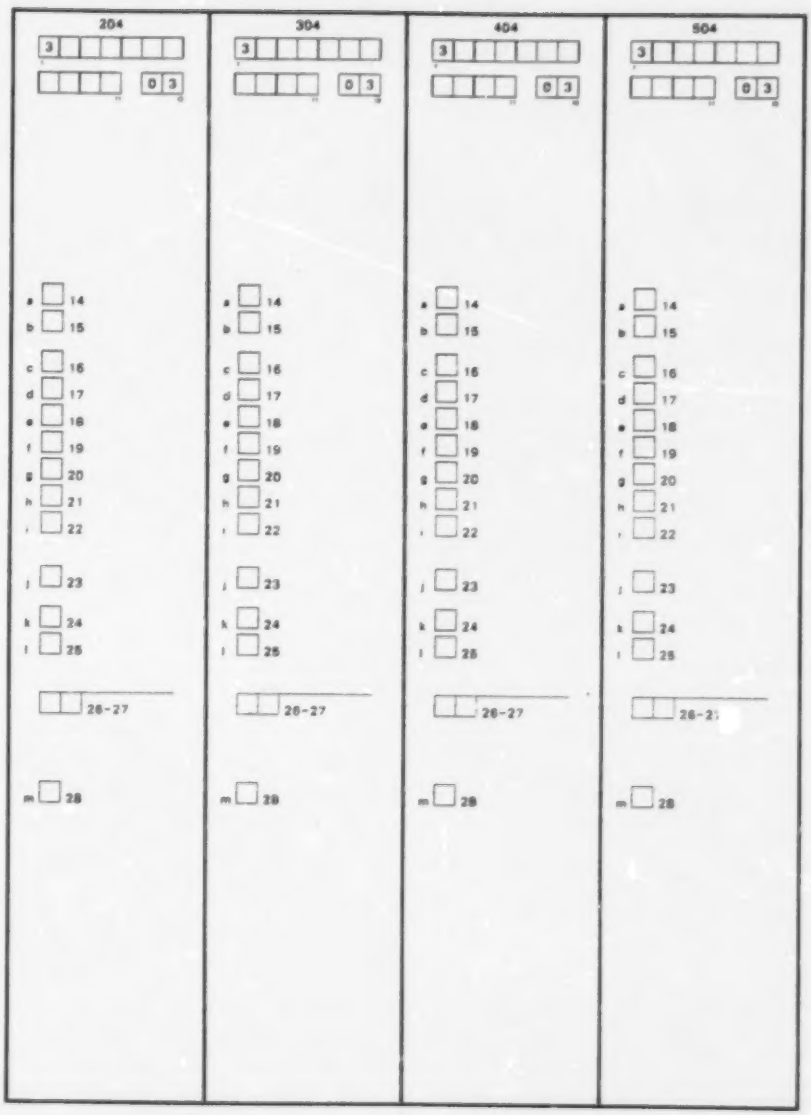
01-a	Analgésiques (pilule contre la douleur), comme l'aspirine?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	a ☐ 14
02-b	Tranquillisants, sédatifs ou somnifères?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	b ☐ 15
03-c	Médicaments pour le coeur ou la tension artérielle (pression sanguine)?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	c ☐ 16
04-d	Antibiotiques?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	d ☐ 17
05-e	Remèdes ou médicaments pour l'estomac?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	e ☐ 18
06-f	Laxatifs?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	f ☐ 19
07-g	Remèdes contre la toux ou le rhume?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	g ☐ 20
08-h	Onguents pour la peau?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	h ☐ 21
09-i	Vitamines ou minéraux?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	i ☐ 22
10-j	Suppléments alimentaires comme la levure de bière, les algues, de la poudre d'os, etc?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	j ☐ 23
11-k	Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	k ☐ 24
12-l	Tout autre médicament?	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	l ☐ 25

(Si oui) PRÉCISEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT ☐☐ 26-27

13-m	Pilule contraceptive? (femmes seulement)	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	m ☐ 28

SI PERSONNE DANS LE FOYER N'A PRIS UN MÉDICAMENT, PASSEZ À LA QUESTION 23a.

8


204
304
404
504
3
0 3
a 14
b 15
c 16
d 17
e 18
f 19
g 20
h 21
i 22
j 23
k 24
l 25
26-27
m 28
9

105

SECTION III – CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)

Pour **chacun** des médicaments utilisés dans les 2 derniers jours, nous vous demandons certaines informations supplémentaires.

1er médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT ☐☐ 29-30

17a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? ☐ 31

1= oui
2= non
8= ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) ☐ 32

1= oui
2= non
8= ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 33-36

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT _____

2e médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT ☐☐ 37-38

18a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? ☐ 39

1= oui
2= non
8= ne sait pas

b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) ☐ 40

1= oui
2= non
8= ne sait pas

c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 41-44

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT _____

205	305	405	505
☐☐ 29-30 ☐ 31 ☐ 32 ☐☐☐☐ 33-36	☐☐ 29-30 ☐ 31 ☐ 32 ☐☐☐☐ 33-36	☐☐ 29-30 ☐ 31 ☐ 32 ☐☐☐☐ 33-36	☐☐ 29-30 ☐ 31 ☐ 32 ☐☐☐☐ 33-36
☐☐ 37-38 ☐ 39 ☐ 40 ☐☐☐☐ 41-44	☐☐ 37-38 ☐ 39 ☐ 40 ☐☐☐☐ 41-44	☐☐ 37-38 ☐ 39 ☐ 40 ☐☐☐☐ 41-44	☐☐ 37-38 ☐ 39 ☐ 40 ☐☐☐☐ 41-44

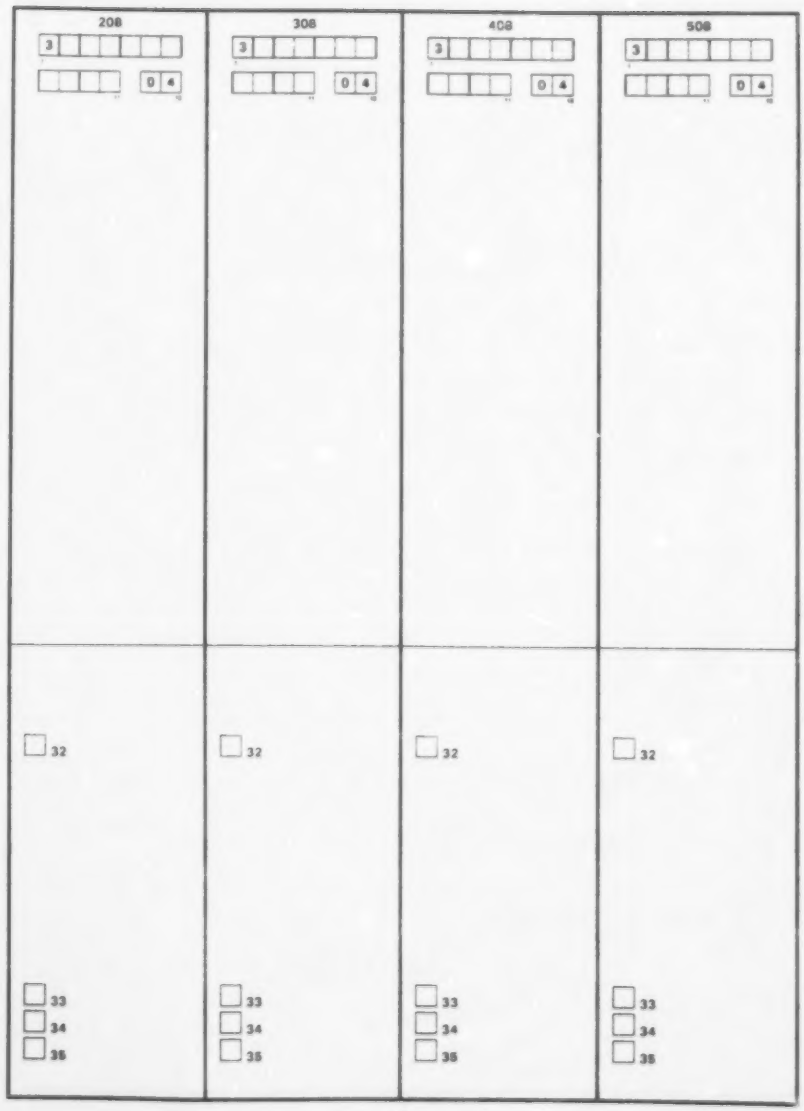
SECTION III – CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)	106
1e médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT	☐☐ 45–46
19a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 47
b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 48
c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament? PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 49–52
d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)? PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT	_____
4e médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT	☐☐ 53–54
20a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 55
b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 56
c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament? PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 57–60
d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)? PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT	_____

206	306	406	506
□□ 45-46 □ 47 □ 48 □□□□ 49-52	□□ 45-46 □ 47 □ 48 □□□□ 49-52	□□ 45-46 □ 47 □ 48 □□□□ 49-52	□□ 45-46 □ 47 □ 48 □□□□ 49-52
□□ 53-54 □ 55 □ 56 □□□□ 57-60	□□ 53-54 □ 55 □ 56 □□□□ 57-60	□□ 53-54 □ 55 □ 56 □□□□ 57-60	□□ 53-54 □ 55 □ 56 □□□□ 57-60

SECTION III – CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)	107
1e médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT	☐☐ 61–62
21a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 63
b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 64
c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament? PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 65–68
d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)? PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT	_____
2e médicament — TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT	☐☐ 69–70
22a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin ou d'un dentiste? 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 71
b) AU COURS DU DERNIER MOIS _____ a-t-il/elle pris ce médicament au moins une fois par semaine? (ATTENTION: SI ANTIBIOTIQUE) 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 72
c) Quel était le principal problème de santé pour lequel _____ a pris ce médicament? PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 73–76
d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)? PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT	_____
SI LA PERSONNE UTILISE PLUS DE 2 MÉDICAMENTS, ÉCRIVEZ DANS L'ANNEXE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE	

207	307	407	507
☐☐ 61–62 ☐ 63 ☐ 64 ☐☐☐☐ 65–68	☐☐ 61–62 ☐ 63 ☐ 64 ☐☐☐☐ 65–68	☐☐ 61–62 ☐ 63 ☐ 64 ☐☐☐☐ 65–68	☐☐ 61–62 ☐ 63 ☐ 64 ☐☐☐☐ 65–68
☐☐ 69–70 ☐ 71 ☐ 72 ☐☐☐☐ 73–76	☐☐ 69–70 ☐ 71 ☐ 72 ☐☐☐☐ 73–76	☐☐ 69–70 ☐ 71 ☐ 72 ☐☐☐☐ 73–76	☐☐ 69–70 ☐ 71 ☐ 72 ☐☐☐☐ 73–76

SECTION IV – ACCIDENTS ET BLESSURES	108 3 ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ 0 4
Les questions qui suivent portent sur les accidents <u>ayant causé des décès</u>	
23a) Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il eu un accident ou blessure ayant entraîné son décès? 1= oui 2= non (Passez à 23f)	☐ 14
MONTREZ LA FICHE "A" ET DEMANDEZ	
b) Quel était votre lien de parenté avec la (les) personne(s) décédée(s)?	☐☐ 15-16
PRÉCISEZ LE(S) LIEN(S) FICHE A)	☐☐ 17-18
c) Quel était l'âge au décès de la (des) personne(s) décédée(s)?	☐☐ 19-20 ☐☐ 21-22
d) Quelle est la cause exacte du décès de la (des) personne(s) décédée(s)?	☐☐☐☐ 23-26
SONDEZ LA CAUSE MÉDICALE ET PRÉCISEZ	☐☐☐☐ 27-30
S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA ROUTE D'UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS, DEMANDEZ(e)	
e) Est-ce qu'il/elle était retenu(e) par une ceinture de sécurité ou dans un siège d'enfant? 1= oui 2= non 8= ne sait pas	☐ 31
Les questions qui suivent portent sur les accidents <u>ayant causé des blessures assez graves</u> pour obliger quelqu'un à limiter ses activités normales. Voici quelques exemples de ces blessures: fracture, coupure ou brûlure grave, entorse au pied, etc.	
f) Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il eu des accidents ou blessures ayant entraîné des limitations au niveau de ses activités? 1= oui (QUI?) 2= non (Passez à 34a)	☐ 32
POUR <u>CHAQUE PERSONNE</u> QUI A EU UN ACCIDENT (OU BLESSURE), DEMANDEZ	
g) Est-ce que _____ a eu un accident	
ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE	
oui / non	
a) de la route: 1 / 2	☐ 33
b) de travail: 1 / 2	☐ 34
c) autre genre d'accident: 1 / 2	☐ 35
précisez _____	


208
308
408
508
3
0 4
32
33
34
35

109

SECTION IV – ACCIDENTS ET BLESSURES (suite)

S'IL S'AGIT D'UN ACCIDENT DE LA ROUTE D'UN ENFANT DE MOINS DE 6 ANS, DEMANDEZ:

h) Est-ce qu'il/elle était retenu(e) par une ceinture de sécurité ou dans un siège d'enfant? [ ] 36

1= oui
2= non
8= ne sait pas

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE AILLEURS QUE SUR LA ROUTE OU AU TRAVAIL, DEMANDEZ LES QUESTIONS 23i À 23k.

Pour cet (ces) autre(s) accident(s):

i) Combien d'accidents avec blessures _____ a-t-il (elle) eus au cours des 12 derniers mois?

NOMBRE [ ][ ] 37-38

j) Quelle est la principale blessure que _____ a eue?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [ ][ ][ ][ ] 39-42

k) Est-ce que _____ a dû être hospitalisé(e) pour cette blessure au cours des 12 derniers mois? [ ] 43

1= oui
2= non

l) Quand a eu lieu le dernier accident? [ ] 44

1= Il y a moins de 8 jours
2= 8 jours à un mois
3= 1 à 3 mois
4= 3 mois à 1 an
8= ne sait pas

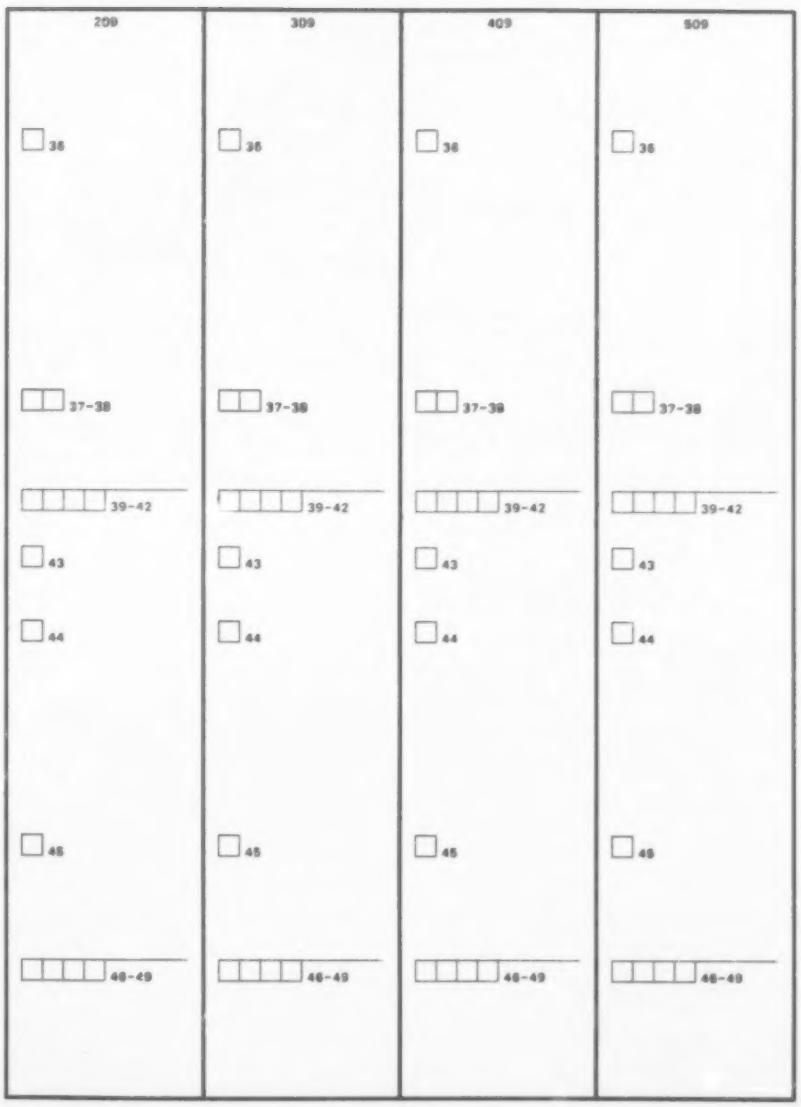
POUR TOUS LES ACCIDENTS, ROUTE, TRAVAIL OU AUTRE:

m) Suite à cet(ces) accident(s), _____ a-t-il (elle) eu d'autres problèmes de santé physiques ou mentaux (causés par cet (un de ces) accident(s))? [ ] 45

1= oui
2= non (Passez à 24a)

n) (Si oui) Quel est le principal problème de santé qu'il (elle) a eu?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [ ][ ][ ][ ] 46-49


209
309
409
509
36
37-38
39-42
43
44
45
46-49

	110
SECTION V – LIMITATION DES ACTIVITÉS Les questions qui suivent portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé sur le plan de l'activité normale de chaque personne dans les différents secteurs de sa vie.	
POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER	
24a) Est-ce que _____ a pu sortir de la maison au cours des deux dernières semaines? LIRE LES 3 RÉPONSES SI BÉBÉ MOINS DE 2 ANS 1= Oui, sans aide (ps, 24a) 2= Oui, avec de l'aide (Passez à 24b) 3= Non (Passez à 24b) 4= oui (ps,24a) 5= non à cause de problème de santé (Passez à 24b)	☐ 50
b) Est-ce que _____ est habituellement capable de sortir dehors lorsque le temps le permet? LIRE LES 3 RÉPONSES SI BÉBÉ MOINS DE 2 ANS 1= Oui, sans aide (ps, 24a) 2= Oui, avec de l'aide (Passez à 24c) 3= Non (Passez à 24c) 4= oui (ps,24a) 5= non à cause de problème de santé (Passez à 24c)	☐ 51
c) Est-ce que _____ doit habituellement rester assis(e) ou couché(e) pour la plus grande partie de la journée, à cause de son état de santé? 1= oui (ps, 24a) 2= non (ps, 24a)	☐ 52
POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 15 ANS POUR LES PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS, PASSEZ À 34a)	
25a) Comparativement à d'autres enfants du même âge en bonne santé _____ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il (elle) peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé? 1= oui 2= non (Passez à 33)	9 53
b) (Si oui) Depuis combien de temps _____ est-il (elle) restreint(e) dans ses activités? 1= depuis la naissance 2= depuis ____ année(s) 3= depuis ____ mois 4= depuis moins d'un mois NOMBRE D'ANNÉES NOMBRE DE MOIS	9 54 9 8 55-56

210	310	410	510
☐ 50 ☐ 51 ☐ 52	☐ 50 ☐ 51 ☐ 52	☐ 50 ☐ 51 ☐ 52	☐ 50 ☐ 51 ☐ 52
☐ 53 ☐ 54 ☐☐ 55-56	☐ 53 ☐ 54 ☐☐ 55-56	☐ 53 ☐ 54 ☐☐ 55-56	☐ 53 ☐ 54 ☐☐ 55-56

111

SECTION V – LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT AYANT UN HANDICAP OU QUI EST RESTREINT DANS SES ACTIVITÉS

26a) À cause de son état de santé, _____ est-il(elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité de jeux auxquels il(elle) peut participer? [9] 57
1= oui
2= non (Passez à 27a)

b) Est-ce que son état de santé rend _____ incapable de participer aux jeux habituels des autres enfants de son âge? [9] 58
1= oui
2= non

27a) Est-ce que l'état de santé de _____ restreint ses activités à la maison? [9] 59
1= oui
2= non

POUR LES ENFANTS QUI NE SONT PAS D'ÂGE SCOLAIRE, PASSEZ À 30a [9] 60

POUR LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE, DEMANDEZ:

b) Est-ce que l'état de santé de _____ le (la) rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens?
1= oui
2= non

28a) Est-ce que _____ est restreint(e) dans sa capacité d'aller à l'école? [9] 61
1= oui
2= non (Passez à 29)
3= Il(elle) fréquente une école ou une classe spécialisée (Passez à 29)

b) Est-ce que _____ est incapable d'aller à l'école? [9] 62
1= oui
2= non

29 _____ est-il(elle) restreint(e) dans d'autres activités comme les loisirs ou le déplacement entre la maison et l'école? [9] 63
1= oui
2= non

POUR TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

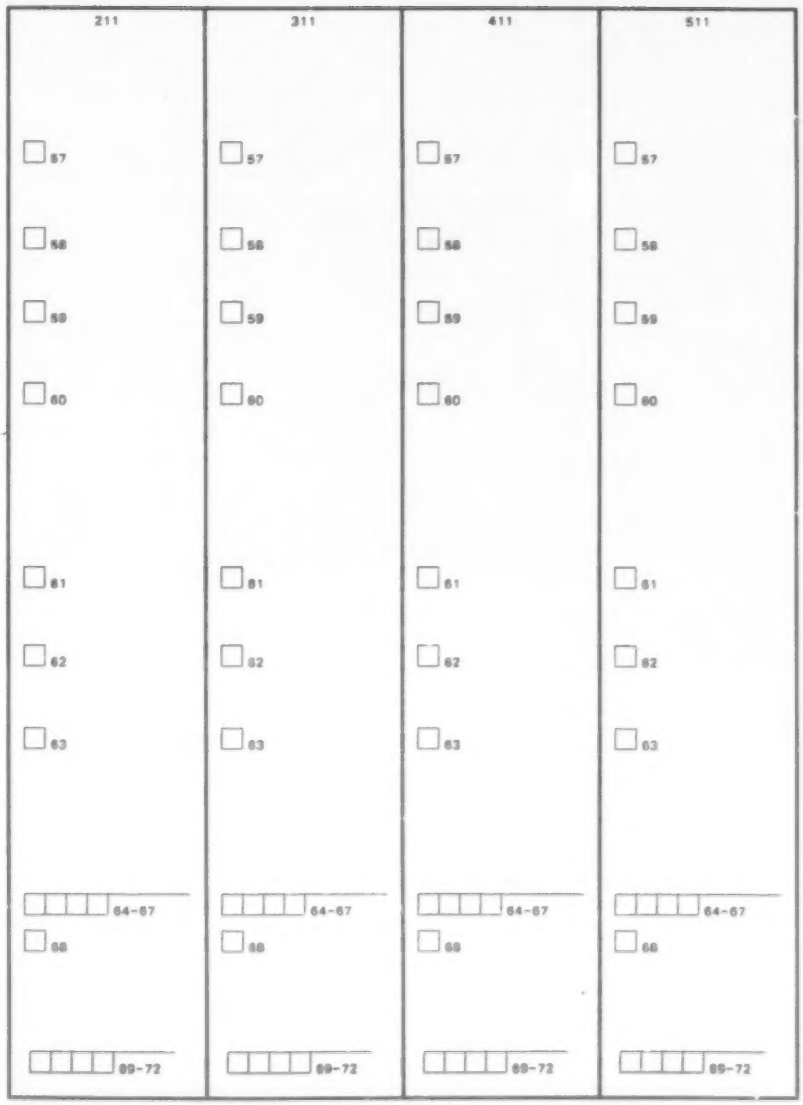
30a) Quel est le principal problème de santé qui lui impose ces restrictions?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [9][9][9][8] 64-67

b) Est-ce que ce problème de santé est le résultat d'un accident ou d'une blessure? [9] 68
1= oui
2= non (Passez à 31)

c) (Si oui) Quelle était la blessure?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [9][9][9][8] 69-72


211
311
411
511
57
58
59
60
61
62
63
64-67
68
69-72

112

SECTION V – LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

31a) Y a-t-il d'autres problèmes de santé qui restreignent _____ dans ses activités? [9] 73

1= oui
2= non (Passez à 32)

b) (Si oui) Parmi ces derniers, quel est le principal problème de _____ ?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [9][9][9][8] 74-77

[3][ ][ ][ ][ ][ ]
[ ][ ][ ][ ] [0][5]

c) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure? [9] 14

1= oui
2= non

d) (Si oui) Quelle était la blessure?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE [9][9][9][8] 15-18

32 Est-ce que à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, _____ a besoin de l'aide d'une autre personne pour prendre soin de lui-même (d'elle-même), c'est-à-dire pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison comme une personne de son âge le ferait normalement? [9] 19

1= oui
2= non (ps. 25a)

33 Qui s'occupe de _____ pendant la journée?

PRÉCISEZ (ps.25a) [9][8] 20-21

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS

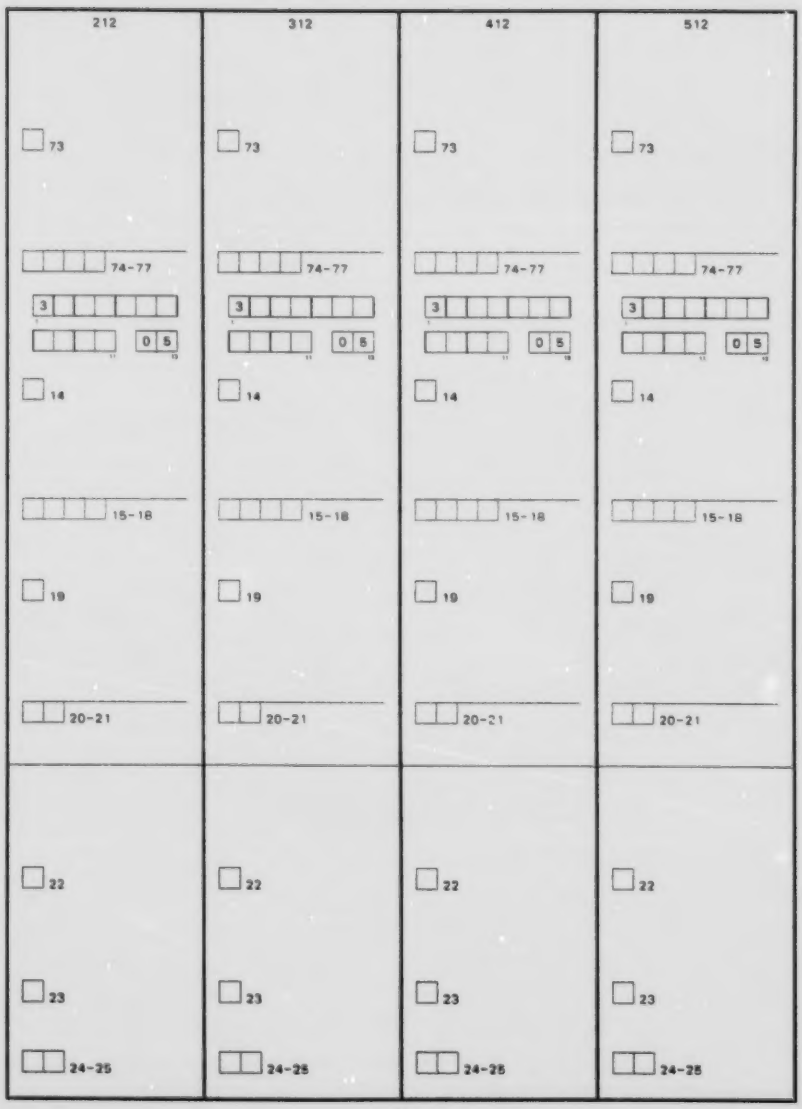
34a) Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, _____ est-il (elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il(elle) peut faire, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé? [ ] 22

1= oui
2= non (Passez à 41a)

b) (Si oui) Depuis combien de temps _____ est-il(elle) restreint(e) dans ses activités? [ ] 23

1= depuis la naissance
2= depuis ____ année(s)
3= depuis ____ mois
4= depuis moins d'un mois

NOMBRE D'ANNÉES
NOMBRE DE MOIS [ ][ ] 24-25


212
312
412
512
73
74-77
3
0 5
14
15-18
19
20-21
22
23
24-25
26

SECTION V – LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

113

35a) Est-ce que l'état de santé de _____ restreint ses activités à la maison?
1= oui
2= non **(Passez à 36a)** ☐ 26

b) Est-ce que l'état de santé de _____ le(la) rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens?
1= oui
2= non ☐ 27

36a) _____ est-il(elle) restreint(e) dans sa capacité de travailler en dehors du foyer, à cause de son état de santé?
1= oui
2= non **(Passez 37a)** ☐ 28

b) _____ est-il(elle) incapable de travailler en dehors du foyer, à cause de son état de santé?
1= oui
2= non ☐ 29

37a) _____ est-il(elle) restreint(e) dans sa capacité de poursuivre ses études, à cause de son état de santé?
1= oui
2= non **(Passez à 38)** ☐ 30

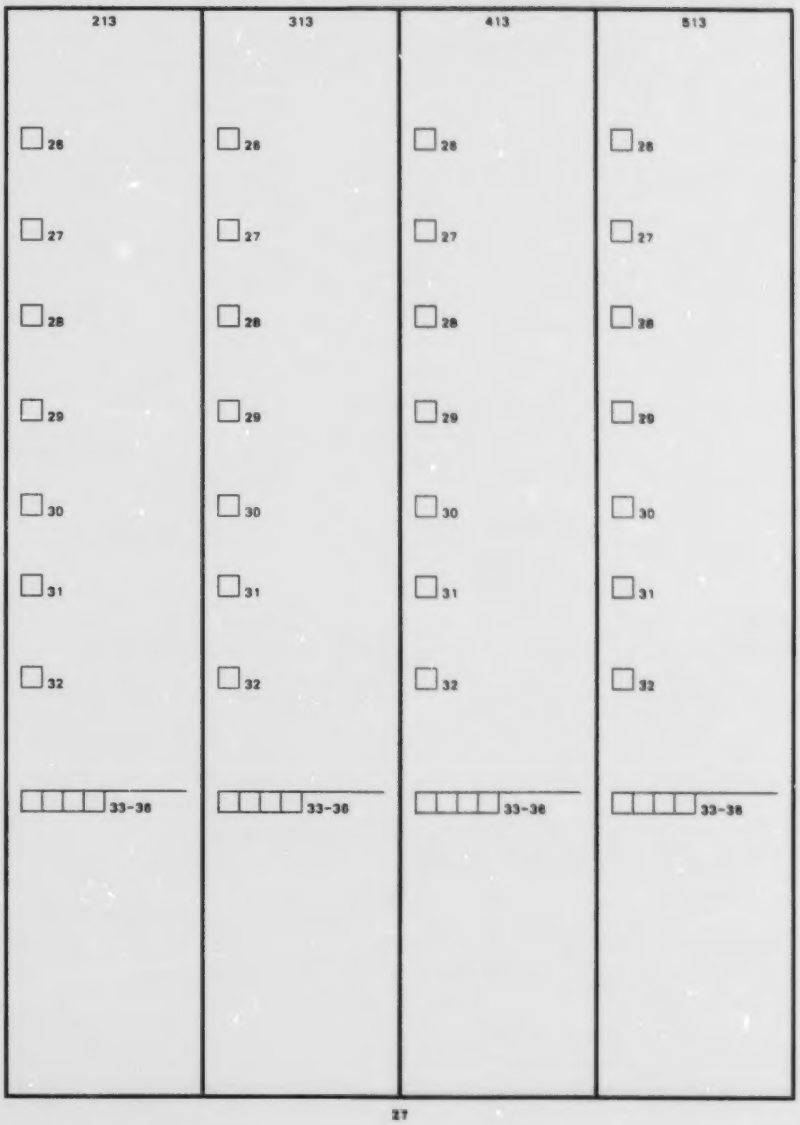
b) _____ est-il(elle) incapable de poursuivre ses études, à cause de son état de santé?
1= oui
2= non ☐ 31

38 _____ est-il(elle) restreint(e) dans d'autres activités, comme les loisirs ou les déplacements (entre la maison et le travail ou l'école)?
1= oui
2= non ☐ 32

39a) Pour _____ quel est le principal problème de santé qui lui impose ces restrictions?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

☐☐☐☐ 33-38


213
313
413
513
26
27
28
29
30
31
32
33-36
27

SECTION V – LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

114

b) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure? ☐ 37
1= Oui
2= Non (Passez à 40a)

c) (Si oui) Quelle était la principale blessure?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 38-41

40a) Y a-t-il d'autres problèmes de santé qui restreignent _____ dans ses activités? ☐ 42
1= Oui
2= Non (Passez à 41a)

b) (Si oui) Parmi ces derniers problèmes, quel est le principal problème de santé?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 43-46

c) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure? ☐ 47
1= oui
2= non

d) (Si oui) Quelle était la blessure?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE ☐☐☐☐ 48-51

41a) Est-ce que, à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, _____ a besoin de l'aide d'une autre personne pour prendre soin de lui-même (d'elle-même), c'est-à-dire pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison? ☐ 52
1= oui
2= non

b) Est-ce que, à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, _____ a besoin de l'aide d'une autre personne pour s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison? ☐ 53
1= oui
2= non (ps, 34a)

214	314	414	514
☐ 37	☐ 37	☐ 37	☐ 37
☐☐☐☐ 38-41	☐☐☐☐ 38-41	☐☐☐☐ 38-41	☐☐☐☐ 38-41
☐ 42	☐ 42	☐ 42	☐ 42
☐☐☐☐ 43-46	☐☐☐☐ 43-46	☐☐☐☐ 43-46	☐☐☐☐ 43-46
☐ 47	☐ 47	☐ 47	☐ 47
☐☐☐☐ 48-51	☐☐☐☐ 48-51	☐☐☐☐ 48-51	☐☐☐☐ 48-51
☐ 52	☐ 52	☐ 52	☐ 52
☐ 53	☐ 53	☐ 53	☐ 53

SECTION VI – IMPACT DE LA SANTÉ SUR LES RÔLES ET LES TÂCHES POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS SEULEMENT	115
42a) Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans votre foyer dont l'état de santé ou le moral a nui à ses relations avec son (ses) enfants? 1= oui (QUI?) 2= non (Passez à 43a) (Si oui) MONTREZ LA FICHE "F" ET DEMANDEZ: b) Lesquels parmi les problèmes figurant sur cette carte sont les principales raisons des difficultés de _____ ? PRÉCISEZ LE(S) NO(S) DE CODE ET INSCRIVEZ LE(S) PROBLÈME(S) DANS LA ZONE	☐ 54 ☐☐ 55-56 ☐☐ 57-58 ☐☐ 59-60
43a) Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans le foyer dont l'état de santé ou le moral a nui à sa vie de couple ou à sa vie sentimentale? 1= oui (QUI?) 2= non (Passez à 44a) (Si oui) MONTREZ LA FICHE "F" ET DEMANDEZ: b) Lesquels parmi les problèmes figurant sur cette carte sont les principales raisons des difficultés de _____ ? PRÉCISEZ LE(S) NO(S) DE CODE ET INSCRIVEZ LE(S) PROBLÈME(S) DANS LA ZONE	☐ 61 ☐☐ 62-63 ☐☐ 64-65 ☐☐ 66-67
44a) Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il quelqu'un dans le foyer dont l'état de santé ou le moral a nui à ses relations avec son père ou sa mère? 1= oui (QUI?) 2= non (Passez à 45a) (Si oui) MONTREZ LA FICHE "F" ET DEMANDEZ: b) Lesquels parmi les problèmes figurant sur cette carte sont les principales raisons des difficultés de _____ ? PRÉCISEZ LE(S) NO(S) DE CODE ET INSCRIVEZ LE(S) PROBLÈME(S) DANS LA ZONE	☐ 68 ☐☐ 69-70 ☐☐ 71-72 ☐☐ 73-74

215	315	415	515
☐ 54 ☐☐ 55-56 ☐☐ 57-58 ☐☐ 59-60	☐ 54 ☐☐ 55-56 ☐☐ 57-58 ☐☐ 59-60	☐ 54 ☐☐ 55-56 ☐☐ 57-58 ☐☐ 59-60	☐ 54 ☐☐ 55-56 ☐☐ 57-58 ☐☐ 59-60
☐ 61 ☐☐ 62-63 ☐☐ 64-65 ☐☐ 66-67	☐ 61 ☐☐ 62-63 ☐☐ 64-65 ☐☐ 66-67	☐ 61 ☐☐ 62-63 ☐☐ 64-65 ☐☐ 66-67	☐ 61 ☐☐ 62-63 ☐☐ 64-65 ☐☐ 66-67
☐ 68 ☐☐ 69-70 ☐☐ 71-72 ☐☐ 73-74	☐ 68 ☐☐ 69-70 ☐☐ 71-72 ☐☐ 73-74	☐ 68 ☐☐ 69-70 ☐☐ 71-72 ☐☐ 73-74	☐ 68 ☐☐ 69-70 ☐☐ 71-72 ☐☐ 73-74

116

3 | | | | | | |

| | | | | 0 | 6 |

SECTION VII – PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

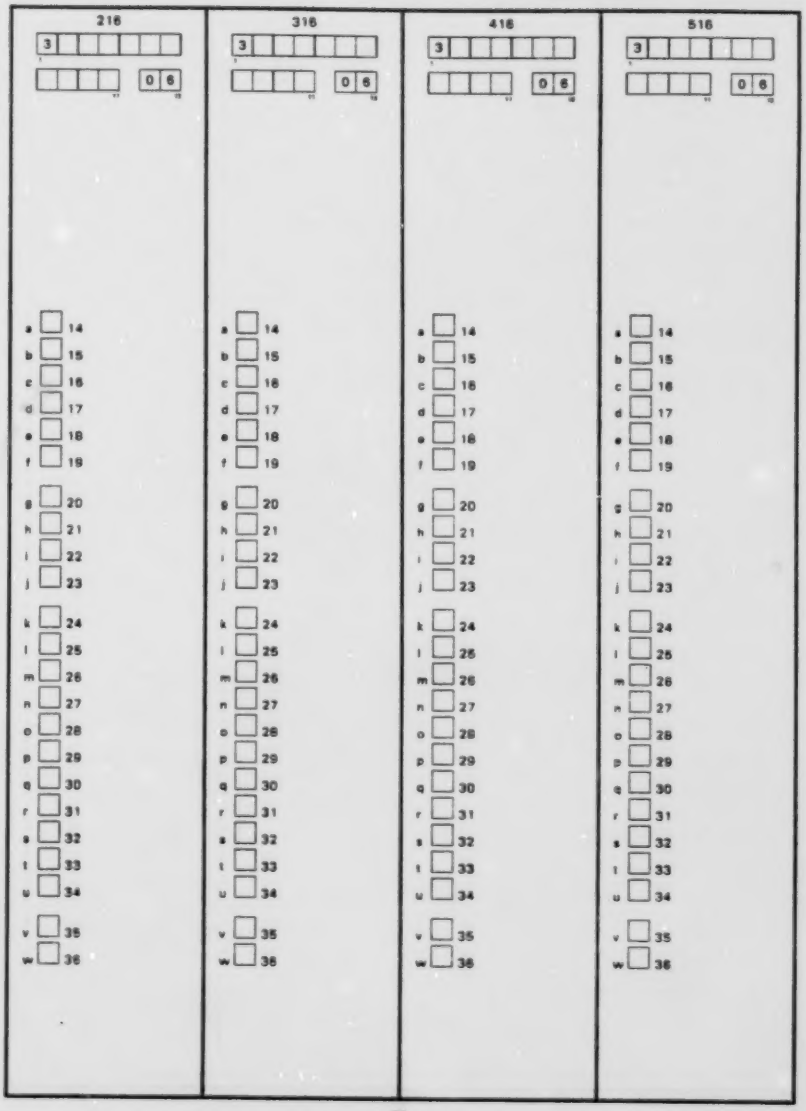
Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée

ENCERCLEZ LE "1", "NON" OU "8". SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA CASE DE LA PERSONNE APPROPRIÉE. POUR CHAQUE PROBLÈME DE CHAQUE PERSONNE, INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NUMÉRO DE LA QUESTION DANS LA ZONE

MONTREZ LA FICHE "G" ET DEMANDEZ:

45 Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de:

a– Anémie	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	a ☐ 14
b– Maladie de la peau ou autres allergies cutanées	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	b ☐ 15
c– Autres allergies	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	c ☐ 16
d– Rhume des foins	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	d ☐ 17
e– Sérieux maux de dos ou de la colonne	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	e ☐ 18
f– Arthrite ou rhumatisme	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	f ☐ 19
g– Autres problèmes sérieux des os et des articulations	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	g ☐ 20
h– Cancer	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	h ☐ 21
i– Paralysie cérébrale	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	i ☐ 22
j– Diabète	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	j ☐ 23
k– Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	k ☐ 24
l– Déficience mentale ou intellectuelle	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	l ☐ 25
m– Dépression	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	m ☐ 26
n– Epilepsie	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	n ☐ 27
o– Hypertension (haute pression)	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	o ☐ 28
p– Maladie de coeur	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	p ☐ 29
q– Troubles urinaires ou maladie du rein	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	q ☐ 30
r– Ulcères d'estomac	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	r ☐ 31
s– Autres troubles digestifs	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	s ☐ 32
t– Goitre ou troubles de la thyroïde	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	t ☐ 33
u– Migraines ou maux de tête fréquents	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	u ☐ 34
v– Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	v ☐ 35
w– Paralysie suite à un accident	1= oui	(QUI?)	non	8= ne sait pas	w ☐ 36


216
316
416
516
3
0 6
a 14
b 15
c 16
d 17
e 18
f 19
g 20
h 21
i 22
j 23
k 24
l 25
m 26
n 27
o 28
p 29
q 30
r 31
s 32
t 33
u 34
v 35
w 36

SECTION VII – PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES (suite)	117
x– Paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale ____ 1= oui (QUI?) non 8= ne sait pas	x ☐ 37
y– Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité ____ 1= oui (QUI?) non 8= ne sait pas	y ☐ 38
z– Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes ____ 1= oui (QUI?) non 8= ne sait pas	z ☐ 39
aa– Incapacité ou handicap suite à l'obésité ____ 1= oui (QUI?) non 8= ne sait pas	aa ☐ 40
bb– Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou penser que quelqu'un l'espionne ____ 1= oui (QUI?) non 8= ne sait pas	bb ☐ 41
46a) Et maintenant y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mentale, ou tout autre handicap? 1= oui (QUI?) 2= non (Passez à 47a) 8= ne sait pas (Passez à 47a)	☐ 42
b) (si oui) Quel est le problème de santé de _____ ? PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE	☐☐☐☐ 43–46
47a) Y a-t-il un ou plusieurs membre(s) de votre foyer qui ont été omis sur votre liste parce qu'ils sont actuellement dans un hôpital, un centre d'accueil ou un autre établissement? 1= oui 2= non (Passez à la Section VIII)	☐ 47
b) (si oui) Combien? NOMBRE	☐ 48
(SI OUI) DEMANDEZ POUR CHACUNE DES PERSONNES:	
c) Quel est son âge?	☐☐ 49–50 ☐☐ 51–52
d) De quel sexe est-il (elle)? 1= homme 2= femme	☐ 53 ☐ 54
e) Lien de parenté? (Voir fiche "A")	☐☐ 55–56 ☐☐ 57–58
f) Dans quel type d'établissement est-il (elle)? LIRE LES RÉPONSES 1. un hôpital 2. un centre d'accueil 3. un autre établissement de soins ÉCRIVEZ LE CODE	☐ 59 ☐ 60

217	317	417	517
x ☐ 37 y ☐ 38 z ☐ 39 aa ☐ 40 bb ☐ 41	x ☐ 37 y ☐ 38 z ☐ 39 aa ☐ 40 bb ☐ 41	x ☐ 37 y ☐ 38 z ☐ 39 aa ☐ 40 bb ☐ 41	x ☐ 37 y ☐ 38 z ☐ 39 aa ☐ 40 bb ☐ 41
☐ 42 ☐☐☐☐ 43–46	☐ 42 ☐☐☐☐ 43–46	☐ 42 ☐☐☐☐ 43–46	☐ 42 ☐☐☐☐ 43–46

118

SECTION VIII – QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ

3 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

S'IL N'A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ UNE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE: 1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

[ ] [ ] [ ] [ ] 14-17

SQ 1 **SÉRIE DE QUESTIONS 1**

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand _____ a-t-il (elle) un problème de _____ ? [ ] 18
LIRE LES RÉPONSES

1= 2 jours ou moins
2= 3 jrs à 2 semaines
3= 2 semaines à moins de 1 an
4= 1 an à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Depuis la naissance

b) Quand _____ a-t-il (elle) consulté quelqu'un au sujet de _____ la dernière fois? [ ] 19
LIRE LES RÉPONSES

1= Au cours des 4 derniers mois
2= 5-12 mois (Passez à g)
3= de 1 à moins de 2 ans
4= 2 à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Jamais
8= Ne sait pas

SI CODE 3 À 8, PASSEZ AU PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT

c) Qui _____ a-t-il (elle) consulté?

[ ] [ ] 20-21
[ ] [ ] 22-23
[ ] [ ] 24-25

d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois _____ a-t-il (elle) consulté pour son problème de _____ ? [ ] 26

1= 1 fois
2= 2-3 fois
3= plus de 3 fois
8= ne sait pas

e) Au cours des 4 derniers mois, _____ a-t-il (elle) déboursé de l'argent pour des services ou des soins requis pour son problème de santé? [ ] 27

1= oui
2= non (Passez à g)
8= ne sait pas (Passez à g)

f) (Si OUI) Pour quel(s) consultant(s)?

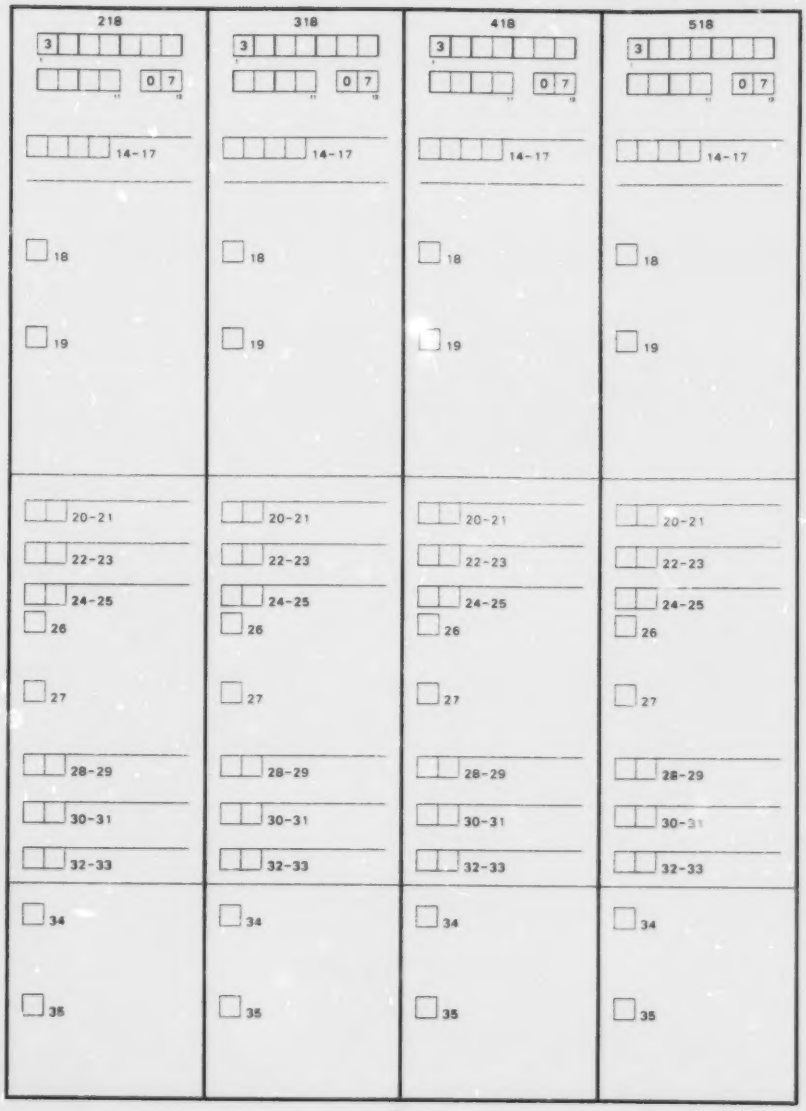
[ ] [ ] 28-29
[ ] [ ] 30-31
[ ] [ ] 32-33

g) _____ a-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour ce problème au cours des 12 derniers mois? [ ] 34
LIRE LES RÉPONSES

1= oui, une fois
2= oui, 2 ou 3 fois
3= oui, + de 3 fois
4= non (Passez au problème de santé suivant)
8= ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

h) (Si oui) Dans quel(s) type(s) d'institution _____ a-t-il (elle) fait un séjour? [ ] 35

1= un hôpital
2= un centre d'accueil
3= un autre établissement de soins
8= ne sait pas


218
318
418
518
3
0 7
14-17
18
19
20-21
22-23
24-25
26
27
28-29
30-31
32-33
34
35

SECTION VIII – QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)

119

S'IL N'A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ UNE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE: 1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

☐☐☐☐ 36-39

SQ 2 **SÉRIE DE QUESTIONS 2**

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand _____ a-t-il (elle) un problème de _____ ?
LIRE LES RÉPONSES

1= 2 jours ou moins
2= 3 jrs à 2 semaines
3= 2 semaines à moins de 1 an
4= 1 an à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Depuis la naissance

☐ 40

b) Quand _____ a-t-il (elle) consulté quelqu'un au sujet de _____ la dernière fois?
LIRE LES RÉPONSES

1= Au cours des 4 derniers mois
2= 5-12 mois (Passez à g)
3= de 1 à moins de 2 ans
4= 2 à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Jamais
8= Ne sait pas

☐ 41

SI CODE 3 À 8, PASSEZ AU PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT

c) Qui _____ a-t-il (elle) consulté?

☐☐ 42-43
☐☐ 44-45
☐☐ 46-47

d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois _____ a-t-il (elle) consulté pour son problème de _____ ?

1= 1 fois
2= 2-3 fois
3= plus de 3 fois
8= ne sait pas

☐ 48

e) Au cours des 4 derniers mois, _____ a-t-il (elle) déboursé de l'argent pour des services ou des soins requis pour son problème de santé?

1= oui
2= non (Passez à g)
8= ne sait pas (Passez à g)

☐ 49

f) (Si OUI) Pour quel(s) consultant(s)?

☐☐ 50-51
☐☐ 52-53
☐☐ 54-55

g) _____ a-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour ce problème au cours des 12 derniers mois?
LIRE LES RÉPONSES

1= oui, une fois
2= oui, 2 ou 3 fois
3= oui, + de 3 fois
4= non (Passez au problème de santé suivant)
8= ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

☐ 56

h) (Si oui) Dans quel(s) type(s) d'institution _____ a-t-il (elle) fait un séjour?

1= un hôpital
2= un centre d'accueil
3= un autre établissement de soins
8= ne sait pas

☐ 57

219	319	419	519
☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39
☐ 40	☐ 40	☐ 40	☐ 40
☐ 41	☐ 41	☐ 41	☐ 41
☐☐ 42-43	☐☐ 42-43	☐☐ 42-43	☐☐ 42-43
☐☐ 44-45	☐☐ 44-45	☐☐ 44-45	☐☐ 44-45
☐☐ 46-47	☐☐ 46-47	☐☐ 46-47	☐☐ 46-47
☐ 48	☐ 48	☐ 48	☐ 48
☐ 49	☐ 49	☐ 49	☐ 49
☐☐ 50-51	☐☐ 50-51	☐☐ 50-51	☐☐ 50-51
☐☐ 52-53	☐☐ 52-53	☐☐ 52-53	☐☐ 52-53
☐☐ 54-55	☐☐ 54-55	☐☐ 54-55	☐☐ 54-55
☐ 56	☐ 56	☐ 56	☐ 56
☐ 57	☐ 57	☐ 57	☐ 57

120

SECTION VIII – QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)

S'IL N'A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ UNE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE: 1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

☐☐☐☐ 58-61

SQ 3 **SÉRIE DE QUESTIONS 3**

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand _____ a-t-il (elle) un problème de _____ ?
LIRE LES RÉPONSES

1= 2 jours ou moins
2= 3 jrs à 2 semaines
3= 2 semaines à moins de 1 an
4= 1 an à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Depuis la naissance

☐ 62

b) Quand _____ a-t-il (elle) consulté quelqu'un au sujet de _____ la dernière fois?
LIRE LES RÉPONSES

1= Au cours des 4 derniers mois
2= 5–12 mois (Passez à g)
3= de 1 à moins de 2 ans
4= 2 à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Jamais
8= Ne sait pas

☐ 63

SI CODE 3 À 8, PASSEZ AU PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT

c) Qui _____ a-t-il (elle) consulté?

☐☐ 64–65
☐☐ 66–67
☐☐ 68–69

d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois _____ a-t-il (elle) consulté pour son problème de _____ ?

1= 1 fois
2= 2–3 fois
3= plus de 3 fois
8= ne sait pas

☐ 70

e) Au cours des 4 derniers mois, _____ a-t-il (elle) déboursé de l'argent pour des services ou des soins requis pour son problème de santé?

1= oui
2= non (Passez à g)
8= ne sait pas (Passez à g)

☐ 71

f) (Si OUI) Pour quel(s) consultant(s)?

☐☐ 72–73
☐☐ 74–75
☐☐ 76–77

g) _____ a-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour ce problème au cours des 12 derniers mois?
LIRE LES RÉPONSES

1= oui, une fois
2= oui, 2 ou 3 fois
3= oui, + de 3 fois
4= non (Passez au problème de santé suivant)
8= ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

☐ 78

h) (Si oui) Dans quel(s) type(s) d'institution _____ a-t-il (elle) fait un séjour?

1= un hôpital
2= un centre d'accueil
3= un autre établissement de soins
8= ne sait pas

☐ 79

220	320	420	520
□□□□ 58-61	□□□□ 58-61	□□□□ 58-61	□□□□ 58-61
□ 62	□ 62	□ 62	□ 62
□ 63	□ 63	□ 63	□ 63
□□ 64-65	□□ 64-65	□□ 64-65	□□ 64-65
□□ 66-67	□□ 66-67	□□ 66-67	□□ 66-67
□□ 68-69	□□ 68-69	□□ 68-69	□□ 68-69
□ 70	□ 70	□ 70	□ 70
□ 71	□ 71	□ 71	□ 71
□□ 72-73	□□ 72-73	□□ 72-73	□□ 72-73
□□ 74-75	□□ 74-75	□□ 74-75	□□ 74-75
□□ 76-77	□□ 76-77	□□ 76-77	□□ 76-77
□ 78	□ 78	□ 78	□ 78
□ 79	□ 79	□ 79	□ 79

SECTION VIII – QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)

S'IL N'A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ UNE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE: 1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

121

3 ☐☐☐☐☐☐

☐☐☐☐ 0 8

☐☐☐☐ 14–17

SQ 4 SÉRIE DE QUESTIONS 4

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand _____ a-t-il (elle) un problème de _____ ?
LIRE LES RÉPONSES

1= 2 jours ou moins
2= 3 jrs à 2 semaines
3= 2 semaines à moins de 1 an
4= 1 an à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Depuis la naissance

☐ 18

b) Quand _____ a-t-il (elle) consulté quelqu'un au sujet de _____ la dernière fois?
LIRE LES RÉPONSES

1= Au cours des 4 derniers mois
2= 5–12 mois (Passez à g)
3= de 1 à moins de 2 ans
4= 2 à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Jamais
8= Ne sait pas

☐ 19

SI CODE 3 À 8, PASSEZ AU PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT

c) Qui _____ a-t-il (elle) consulté?

☐☐ 20–21

☐☐ 22–23

☐☐ 24–25

d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois _____ a-t-il (elle) consulté pour son problème de _____ ?

1= 1 fois
2= 2–3 fois
3= plus de 3 fois
8= ne sait pas

☐ 26

e) Au cours des 4 derniers mois, _____ a-t-il (elle) déboursé de l'argent pour des services ou des soins requis pour son problème de santé?

1= oui
2= non (Passez à g)
8= ne sait pas (Passez à g)

☐ 27

f) (Si OUI) Pour quel(s) consultant(s)?

☐☐ 28–29

☐☐ 30–31

☐☐ 32–33

g) _____ a-t-il(elle) été hospitalisé(e) pour ce problème au cours des 12 derniers mois?
LIRE LES RÉPONSES

1= oui, une fois
2= oui, 2 ou 3 fois
3= oui, + de 3 fois
4= non (Passez au problème de santé suivant)
8= ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

☐ 34

h) (Si oui) Dans quel(s) type(s) d'institution _____ a-t-il (elle) fait un séjour?

1= un hôpital
2= un centre d'accueil
3= un autre établissement de soins
8= ne sait pas

☐ 35

221	321	421	521
3	3	3	3
0 8	0 8	0 8	0 8
14-17	14-17	14-17	14-17
18	18	18	18
19	19	19	19
20-21	20-21	20-21	20-21
22-23	22-23	22-23	22-23
24-25	24-25	24-25	24-25
26	26	26	26
27	27	27	27
28-29	28-29	28-29	28-29
30-31	30-31	30-31	30-31
32-33	32-33	32-33	32-33
34	34	34	34
35	35	35	35

SECTION VIII – QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)

122

S'IL N'A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, REMPLISSEZ UNE SÉRIE DE QUESTIONS POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE 1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

☐☐☐☐ 36-39

SQ 5 **SÉRIE DE QUESTIONS 5**

J'aimerais maintenant vous poser des questions sur les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand _____ a-t-il (elle) un problème de _____ ?
LIRE LES RÉPONSES

1= 2 jours ou moins
2= 3 jrs à 2 semaines
3= 2 semaines à moins de 1 an
4= 1 an à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Depuis la naissance

☐ 40

b) Quand _____ a-t-il (elle) consulté quelqu'un au sujet de _____ la dernière fois?
LIRE LES RÉPONSES

1= Au cours des 4 derniers mois
2= 5-12 mois (Passez à g)
3= de 1 à moins de 2 ans
4= 2 à 5 ans
5= Plus de 5 ans
6= Jamais
8= Ne sait pas

☐ 41

SI CODE 3 À 6, PASSEZ AU PROBLÈME DE SANTÉ SUIVANT

c) Qui _____ a-t-il (elle) consulté?

☐☐ 42-43
☐☐ 44-45
☐☐ 46-47

d) Combien de fois au cours des 4 derniers mois _____ a-t-il (elle) consulté pour son problème de _____ ?

1= 1 fois
2= 2-3 fois
3= plus de 3 fois
8= ne sait pas

☐ 48

e) Au cours des 4 derniers mois, _____ a-t-il (elle) déboursé de l'argent pour des services ou des soins reçus pour son problème de santé?

1= oui
2= non (Passez à g)
8= ne sait pas (Passez à g)

☐ 49

f) (Si OUI) Pour quel(s) consultant(s)?

☐☐ 50-51
☐☐ 52-53
☐☐ 54-55

g) _____ a-t-(elle) été hospitalisé(e) pour ce problème au cours des 12 derniers mois?
LIRE LES RÉPONSES

1= oui, une fois
2= oui, 2 ou 3 fois
3= oui, + de 3 fois
4= non (Passez au problème de santé suivant)
8= ne sait pas (Passez au problème de santé suivant)

☐ 56

h) (Si oui) Dans quel(s) type(s) d'institution _____ a-t-il (elle) fait un séjour?

1= un hôpital
2= un centre d'accueil
3= un autre établissement de soins
8= ne sait pas

☐ 57

SI PLUS DE 5 PROBLÈMES, ÉCRIVEZ DANS L'ANNEXE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE

222	322	422	522
☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39	☐☐☐☐ 36-39
☐ 40	☐ 40	☐ 40	☐ 40
☐ 41	☐ 41	☐ 41	☐ 41
☐☐ 42-43	☐☐ 42-43	☐☐ 42-43	☐☐ 42-43
☐☐ 44-45	☐☐ 44-45	☐☐ 44-45	☐☐ 44-45
☐☐ 46-47	☐☐ 46-47	☐☐ 46-47	☐☐ 46-47
☐ 48	☐ 48	☐ 48	☐ 48
☐ 49	☐ 49	☐ 49	☐ 49
☐☐ 50-51	☐☐ 50-51	☐☐ 50-51	☐☐ 50-51
☐☐ 52-53	☐☐ 52-53	☐☐ 52-53	☐☐ 52-53
☐☐ 54-55	☐☐ 54-55	☐☐ 54-55	☐☐ 54-55
☐ 56	☐ 56	☐ 56	☐ 56
☐ 57	☐ 57	☐ 57	☐ 57

123

SECTION IX – RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les questions sur l'état de santé sont maintenant terminées. Celles qui suivent nous fourniront d'importants renseignements de base sur les membres de votre foyer.

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE

48a) Où _____ est-il(elle) né(e)? — ÉCRIVEZ LE CODE — ☐ 58

1. Québec (Passez à 49)
2. Autre province (précisez) — PRÉCISEZ — ☐☐ 59-60
3. À l'extérieur du Canada (précisez)

b) En quelle année _____ est-il(elle) venu(e) s'établir au Québec? — ☐☐ 61-62

49 Quelle est la langue que _____ a apprise en premier lieu dans son enfance et qu'il (elle) comprend encore? (ex. 48) — ☐☐ 63-64

50a) Quelqu'un dans le foyer demeure-t-il à cette adresse depuis moins de 12 mois? (exception faite des enfants de moins d'un an) — ☐ 65

1= oui (QUI?)
2= non (Passez à 51a)

b) À quel endroit _____ demeurait-il (elle) auparavant? — PRÉCISEZ — ☐☐ 66-67

FIN DE L'ENTREVUE POUR MOINS DE 15 ANS
DEMANDEZ POUR 15 ANS ET PLUS SEULEMENT

51a) _____ occupe-t-il(elle) un emploi actuellement? — ☐ 68

1. Oui (Passez à 51b)
2. Non (Passez à 51c)

b) Depuis combien de temps _____ occupe-t-il(elle) cet emploi?

c) Depuis combien de temps _____ est-il (elle) sans emploi?

1= jour
2= semaine
3= mois
4= année
5= jamais

UNITÉ — ☐ 69
NOMBRE DE — ☐☐ 70-71

223	323	423	523
☐ 58 ☐☐ 59-60 ☐☐ 61-62 ☐☐ 63-64 ☐ 65 ☐☐ 66-67	☐ 58 ☐☐ 59-60 ☐☐ 61-62 ☐☐ 63-64 ☐ 65 ☐☐ 66-67	☐ 58 ☐☐ 59-60 ☐☐ 61-62 ☐☐ 63-64 ☐ 65 ☐☐ 66-67	☐ 58 ☐☐ 59-60 ☐☐ 61-62 ☐☐ 63-64 ☐ 65 ☐☐ 66-67
☐ 68 ☐ 69 ☐☐ 70-71	☐ 68 ☐ 69 ☐☐ 70-71	☐ 68 ☐ 69 ☐☐ 70-71	☐ 68 ☐ 69 ☐☐ 70-71

124

SECTION IX – RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

52a) Quelle est l'occupation principale de _____ actuellement?

PRÉCISEZ — 72-73

POUR CEUX QUI OCCUPENT UN EMPLOI RÉMUNÉRÉ, DEMANDEZ:

b) Quel genre de travail fait-il (elle)? (Donnez-en une description complète, par exemple: tenir les comptes à jour, vendre des chaussures, enseigner à l'école primaire, etc.)

3 | 0 9

ÉCRIVEZ LA RÉPONSE

c) De quel genre d'entreprise, d'activité économique ou de service s'agit-il? (Donnez-en une description complète, par ex.: fabrication de boîtes en carton, magasin de chaussures au détail, commission scolaire municipale, etc.)

14-17

ÉCRIVEZ LA RÉPONSE — 18-21

d) Combien d'heures par semaine _____ fait-il(elle) ce travail? NOMBRE — 22-23

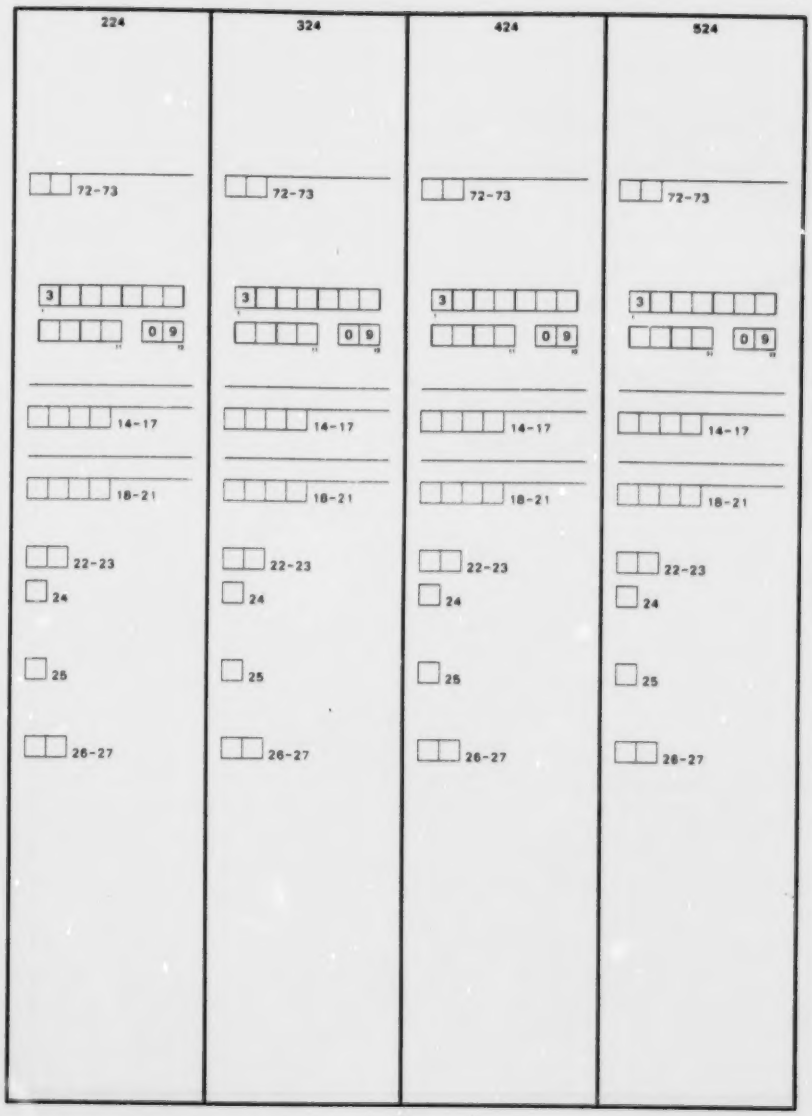
e) Ce travail est-il saisonnier? — 24

1= oui
2= non

f) A-t-il (elle) un autre travail? — 25

1= oui
2= non (ps, 51)

g) (Si OUI) Combien d'heures par semaine? (ps, 51) NOMBRE — 26-27


224
324
424
524
72-73
3
0 9
14-17
18-21
22-23
24
25
26-27

125

SECTION X – PROBLÈMES RAPPORTÉS PAR UN TIERS

Parmi vos connaissances, certaines personnes peuvent avoir des problèmes qu'elles admettent plus ou moins elles-mêmes. Sans identifier personne, nous aimerions obtenir de l'information sur la fréquence de ces problèmes, afin d'essayer de les prévenir ou de les guérir.
Voici un paquet de cartes; nous allons les mélanger et les couper. Cherchez parmi vos connaissances une personne qui correspond à la description lue sur la carte, sans nous dire son nom. Cette personne doit habiter le Québec et ne doit pas être un des membres de votre foyer.

RÉPÉTER L'OPÉRATION JUSQU'À CE QU'IL Y AIT TROIS PERSONNES. MAXIMUM: 10 FOIS

Inscrire les numéros des cartes non retenues ici:

☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐ ☐☐

et demander:

53 Y a-t-il parmi ces personnes quelqu'un:

a) Qui se fait battre par une personne de son entourage?

1= oui (Laquelle ou lesquelles?)
2= non (Passez à b)
8= ne sait pas (Passez à b)

b) Qui a des problèmes de drogues?

1= oui (Laquelle ou lesquelles?)
2= non (Passez à d)
8= ne sait pas (Passez à d)

(SI OUI) MONTREZ LA FICHE "H" ET DITES:

c) Qu'est-ce qui vous fait répondre "oui" pour cette (ces) personne(s)?

ÉCRIVEZ LES CODES

d) Qui a des problèmes avec la boisson?

1= oui (Laquelle ou lesquelles?)
2= non (Passez à f)
8= ne sait pas (Passez à f)

(SI OUI) MONTREZ LA FICHE "I" ET DITES:

e) Qu'est-ce qui vous fait répondre "oui" pour cette (ces) personne(s)?

ÉCRIVEZ LES CODES

3 □□□□□ □□□□ 10 TRANSCRIRE LES NUMÉROS DES CARTES CHOISIES □□ 14-15	□□ 16-17	□□ 18-19
□ 20 □ 23 □ 26 □ 29 □ 32	□ 21 □ 24 □ 27 □ 30 □ 33	□ 22 □ 25 □ 28 □ 31 □ 34
□ 35 □□ 38-39 □□ 44-45 □□ 50-51	□ 36 □□ 40-41 □□ 46-47 □□ 52-53	□ 37 □□ 42-43 □□ 48-49 □□ 54-55

SECTION X – PROBLÈMES RAPPORTÉS PAR UN TIERS (suite)

126

f) Qui bat, néglige ou abuse sexuellement d'un enfant?

1= oui (Laquelle ou lesquelles?)
2= non (Passez à h)
8= ne sait pas (Passez à h)

(SI OUI) MONTREZ LA FICHE "J" ET DITES:

g) Qu'est-ce qui vous fait répondre "oui" pour cette (ces) personne(s)?

ÉCRIVEZ LES CODES

h) Qui est le genre de personne qui ne garde jamais longtemps un emploi et qu'on peut considérer comme une personne violente (se bat, a des problèmes avec la police à cause de sa violence)?

1= oui (Laquelle ou lesquelles?)
2= non (Passez à 54)
8= ne sait pas (Passez à 54)

(SI OUI) MONTREZ LA FICHE "K" ET DITES:

i) Qu'est-ce qui vous fait répondre "oui" pour cette (ces) personne(s)?

ÉCRIVEZ LES CODES

Maintenant nous arrivons à la fin de l'entrevue. Il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante, pour nous permettre d'étudier cette relation. Soyez assuré(e) que cela restera confidentiel tout comme les autres informations que vous avez fournies précédemment.

54. Quel était le revenu total approximatif de votre foyer l'an dernier avant déduction d'impôt? (Inclure les revenus de tous les membres de votre foyer qui ont reçu un revenu l'an passé)

MONTREZ LA FICHE "L" ET ÉCRIVEZ LE CODE

☐ 35

8= ne sait pas
9= pas de réponse

☐ 56 ☐ 59 ☐ 62 ☐ 65	☐ 57 ☐ 60 ☐ 63 ☐ 66	☐ 58 ☐ 61 ☐ 64 ☐ 67
3 ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐ ☐ 14 ☐☐ 17-18 ☐☐ 23-24 ☐☐ 29-30	☐ 15 ☐☐ 19-20 ☐☐ 25-26 ☐☐ 31-32	☐ 16 ☐☐ 21-22 ☐☐ 27-28 ☐☐ 33-34

REMARQUES DE L'INTERVIEWER

REMARQUES DU SURVEILLANT RÉGIONAL

Annexe 4

Questionnaire auto-administré (QAA)

SANTÉ QUÉBEC

NO DE DOSSIER
4 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] 1 1-12

NO DE L'INTERVIEWER
[ ][ ][ ] 13-15

NO DE QUESTIONNAIRE
[ ] de [ ] 16-17

SQ [ ] 18 [1] 19

VOS HABITUDES DE VIE ET VOTRE SANTÉ

MERCI DE VOTRE COLLABORATION ESSENTIELLE À LA RÉUSSITE DE CETTE ÉTUDE.

RÉPONDEZ À TOUTES LES QUESTIONS QUI VOUS CONCERNENT.

RÉPONDRE DANS LES 5 JOURS SERAIT PRÉFÉRABLE.

SI VOUS AVEZ DES DIFFICULTÉS À COMPRENDRE LES QUESTIONS OU SI VOUS DÉSIREZ PLUS DE RENSEIGNEMENTS SUR CETTE ÉTUDE, VOUS POUVEZ COMMUNIQUER AVEC NOUS AU NUMÉRO (514) 281-0707.

SI VOUS HABITEZ À L'EXTÉRIEUR DE LA RÉGION MONTRÉALAISE, NOUS ACCEPTONS LES FRAIS DE VOTRE APPEL TÉLÉPHONIQUE.

CE QUESTIONNAIRE SERA TRAITÉ DE FAÇON **ANONYME ET CONFIDENTIELLE.**

SANTÉ QUÉBEC
505 de Maisonneuve ouest
bureau 400
Montréal, Québec H3A 3C2
(514) 842-5320

Date de réception

_____

12-86

INSTRUCTIONS

Les questions qui suivent ont plusieurs choix de réponses possibles et vous devez choisir celle qui vous convient le mieux. Donnez une seule réponse à chaque question, à moins d'indication contraire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse.

Voici quelques exemples sur la façon dont nous apprécierions que vous répondiez:

EXEMPLE 1: Encercler le chiffre correspondant à une réponse

Question 1

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Excellente	1
Très bonne	(2)
Bonne	3
Moyenne	4
Mauvaise	5

Question 15

15. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

Oui	(1)
Non	2

EXEMPLE 2: Écrire un chiffre

Question 11

11. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

Âge 16

Question 69

69. Quel est votre poids?

56 kg ou _____ livres

EXEMPLE 3: Encercler et écrire un mot

Question 68 b)

68 b) Si oui: ce régime a-t-il été prescrit par un médecin ou toute autre personne qui fait des traitements ou donne des conseils?

Oui, par un médecin	1
Non	2
Oui, par une autre personne	(3)

Préciser sa profession: diététiste

NOUS VOUS REMERCIONS DE VOTRE COLLABORATION

I- VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL Commençons par quelques questions sur votre santé en général	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général.. ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Excellente 1 Très bonne 2 Bonne 3 Moyenne 4 Mauvaise 5	☐ 20
2. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne.. ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Très heureuse 1 Plutôt heureuse 2 Pas très heureuse 3	☐ 21
3. Diriez-vous que dans l'ensemble, votre vie est.. ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Très stressante 1 Plutôt stressante 2 Pas très stressante 3 Pas stressante du tout 4	☐ 22
4. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de votre état de santé? Diriez-vous que vous êtes.. ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Très satisfait(e) 1 Moyennement satisfait(e) 2 Pas très satisfait(e) 3 Pas satisfait(e) du tout 4	☐ 23

II- LE TABAC

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Passons maintenant aux questions sur la cigarette ou l'usage du tabac.

5. Présentement faites-vous usage de: ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Oui régulièrement	Oui à l'occasion	Non jamais	
a) la cigarette	1	2	3	☐ 24
b) la pipe	1	2	3	☐ 25
c) le cigare	1	2	3	☐ 26
d) le tabac à priser ou à chiquer	1	2	3	☐ 27

SI VOUS AVEZ RÉPONDU NON AUX QUESTIONS CI-DESSUS, PASSEZ À LA QUESTION 10

6. Fumez-vous la cigarette tous les jours?
   Oui 1
   Non 2 ➤ Passez à Q.10 ☐ 28

7. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?
   Âge _____ ☐☐ 29-30

8. Actuellement, environ combien de cigarettes fumez-vous par jour? Nombre de cigarettes ____ ☐☐ 31-32

9. Fumez-vous principalement: ENCERCLER VOTRE RÉPONSE
   a) des cigarettes achetées 1 ➤ Passez à Q.14
   b) des cigarettes faites à la main 2 ➤ Passez à Q.14 ☐ 33

SI VOUS NE FUMEZ PAS LA CIGARETTE TOUS LES JOURS

10. Comment décrivez-vous votre expérience de la cigarette:

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE
(Donnez une seule réponse)

Je n'ai jamais fumé 1 ➤ Passez à Q.14
J'ai déjà fumé à l'occasion 2 ➤ Passez à Q.14
J'ai déjà fumé tous les jours 3 ➤ Passez à Q.11 ☐ 34

SI VOUS AVEZ DÉJÀ FUMÉ TOUS LES JOURS

11. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?
    Âge _____ ☐☐ 35-36

12. À quel âge avez-vous cessé de fumer la cigarette tous les jours?
    Âge _____ ☐☐ 37-38

13. Environ combien de cigarettes fumiez-vous habituellement par jour?
    Nombre de cigarettes _____ ☐☐ 39-40

III- L'ALCOOL

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Les questions qui suivent portent sur votre consommation d'alcool.

14. Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Oui 1
Non 2 ➡ Passez à Q.27 ☐ 41

15. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

Oui 1
Non 2 ➡ Passez à Q.26 ☐ 42

16. Au cours des 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées?

En avez-vous bu:

a) Chaque jour 1
b) De 4 à 6 fois par semaine 2
c) De 2 à 3 fois par semaine 3
d) Une fois par semaine 4
e) Une ou deux fois par mois 5
f) Moins d'une fois par mois 6 ☐ 43

17. À partir d'hier, combien de consommations avez-vous prises chaque jour au cours des 7 derniers jours?

La table suivante peut vous aider à répondre à cette série de questions:

1 CONSOMMATION =	2 CONSOMMATIONS =
1 petite bouteille de bière (12 onces ou 360 ml) 1 petit verre de vin (4-5 onces ou 120-150 ml) 1 petit verre de liqueur forte ou de spiritueux (1-1 1/2 onces) avec ou sans mélange	1 grosse bouteille de bière 1 verre double de boisson forte 1 coup accompagné d'une bière ("beer chaser")

ENCERCLER LE CHIFFRE VIS-À-VIS VOTRE RÉPONSE (UNE RÉPONSE PAR JOURNÉE)

	Hier	Avant hier	Il y a 3 jours	Il y a 4 jrs	Il y a 5 jrs	Il y a 6 jrs	Il y a 7 jrs	
Aucune consommation	0	0	0	0	0	0	0	☐ 44
1 consommation	1	1	1	1	1	1	1	☐ 45
2 ou 3 consommations	2	2	2	2	2	2	2	☐ 46
4 à 7 consommations	3	3	3	3	3	3	3	☐ 47
8 à 11 consommations	4	4	4	4	4	4	4	☐ 48
12 consommations ou plus	5	5	5	5	5	5	5	☐ 49
Je ne sais pas	8	8	8	8	8	8	8	☐ 50

III- L'ALCOOL (suite)

		NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
18.	Vos habitudes de boire ont-elles changé au cours des 12 derniers mois? ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Oui, je bois plus qu'avant 1 Oui, je bois moins qu'avant 2 Non, mes habitudes n'ont pas changé 3	☐ 51
19.	Au cours des 12 derniers mois avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une 'gueule de bois' (vous remettre d'une brosse)? Presque tous les jours 1 Assez souvent 2 Rarement 3 Jamais 4	☐ 52
20.	Avez-vous déjà été critiqué(e) par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool? Oui 1 Non 2	☐ 53
21.	Avez-vous déjà pensé que vous deviez diminuer votre consommation d'alcool? 1 2	☐ 54
22.	Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool? 1 2	☐ 55
23.	Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool? 1 2	☐ 56
24.	Au cours des 12 derniers mois, vos habitudes de boire vous ont-elles occasionné des problèmes comme	
	a) Il y a eu de la tension ou des désaccords (des chicanes) entre moi et ma famille ou mes amis à cause de ma consommation d'alcool Oui 1 Non 2	☐ 57
	b) J'ai eu des difficultés au travail ou aux études à cause de l'alcool 1 2	☐ 58
	c) J'ai eu des problèmes de santé dus à l'alcool 1 2	☐ 59
	d) J'ai été arrêté(e) pour conduite en état d'ébriété 1 2	☐ 60
	e) J'ai perdu un emploi parce que je buvais 1 2	☐ 61
	f) J'ai été arrêté(e) parce que j'étais saoûl(e) sur la rue 1 2	☐ 62
	g) Je me suis blessé(e) ou j'ai blessé quelqu'un une fois où j'étais en état d'ébriété 1 2	☐ 63
	h) Je me suis blessé(e) ou j'ai blessé quelqu'un dans une bataille ou une chicane en état d'ébriété 1 2	☐ 64
	i) J'ai dû être hospitalisé(e) ou j'ai dû suivre une cure de désintoxication à cause de mes problèmes d'alcool 1 2	☐ 65
25.	Sans compter les fois où vous avez seulement goûté, à quel âge avez-vous commencé à boire des boissons alcoolisées? À l'âge de ____ Passez à Q. 27	☐☐ 66-67
26.	Si vous avez déjà bu mais n'avez pas bu au cours de la dernière année, à quel âge avez-vous cessé de boire? ____ ans	☐☐ 68-69

IV- LES DROGUES

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

4 ☐☐☐ 1-3

☐☐ 2-4

27 Voici une liste de quelques drogues parmi les plus connues. Nous aimerions savoir s'il vous est arrivé de prendre l'une de ces drogues, **sans prescription ou sans ordonnance**, PLUS DE CINQ FOIS DANS VOTRE VIE?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Oui	Non	
a) Marijuana, hashish, pot, grass	1	2	☐ 13
b) Amphétamines, stimulants, 'speed'	1	2	☐ 14
c) Barbituriques, sédatifs, 'downers', pilules pour dormir ou somnifères, Seconal, Quaaludes **(sans prescription ou ordonnance)**	1	2	☐ 15
d) Tranquillisants, pilules pour les nerfs, Valium, Librium **(sans prescription ou ordonnance)**	1	2	☐ 16
e) Cocaïne	1	2	☐ 17
f) Héroïne	1	2	☐ 18
g) Drogues à base d'opium autres que l'héroïne Codéine, Demerol, Morphine, Methadone, Darvon, Opium **(sans prescription ou ordonnance)**	1	2	☐ 19
h) Psychédéliques (LSD, Mescaline, Peyotl, Psilocybin, DMT, PCP)	1	2	☐ 20
i) Autre(s) préciser: _____	1	2	☐ 21
			☐☐ 22-23

SI VOUS N'AVEZ JAMAIS UTILISÉ UNE DE CES DROGUES, PASSEZ À Q. 30

28 Quand avez-vous pris l'une de ces drogues la dernière fois?

a) Durant la dernière semaine	1
b) Durant le dernier mois	2
c) Durant les six derniers mois	3
d) Il y a de 6 mois à 1 an	4
e) Il y a plus d'un an	5

☐ 24

29a) AU COURS DE L'ANNÉE PASSÉE, avez-vous eu des problèmes de santé suite à l'utilisation d'une drogue?

Oui 1

Non 2 ➤ Passez à Q. 30

☐ 25

b) Quel problème de santé avez-vous eu?

_____

(Précisez)

☐☐☐☐ 26-29

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé

La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire avec quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

	ENCERCLER VOTRE RÉPONSE				
	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
30- Vous êtes-vous senti(e) ralenti(e) ou avez-vous manqué d'énergie	1	2	3	4	☐ 30
31- Avez-vous eu des étourdissements ou l'impression que vous alliez vous évanouir?	1	2	3	4	☐ 31
32- Avez-vous senti que votre coeur battait vite ou fort, sans avoir fait d'effort physique?	1	2	3	4	☐ 32
33- Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer?	1	2	3	4	☐ 33
34- Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?	1	2	3	4	☐ 34
35- Vous êtes-vous senti(e) seul(e)?	1	2	3	4	☐ 35
36- Avez-vous eu des blancs de mémoire?	1	2	3	4	☐ 36
37- Avez-vous perdu intérêt ou plaisir dans votre vie sexuelle?	1	2	3	4	☐ 37
38- Avez-vous transpiré sans avoir travaillé fort ou avoir eu trop chaud?	1	2	3	4	☐ 38
39- Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?	1	2	3	4	☐ 39
40- Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?	1	2	3	4	☐ 40
41- Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?	1	2	3	4	☐ 41
42- Avez-vous eu l'estomac dérangé ou senti des brûlements d'estomac?	1	2	3	4	☐ 42
43- Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?	1	2	3	4	☐ 43
44- Avez-vous remarqué que vos mains tremblaient?	1	2	3	4	☐ 44
45- Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?	1	2	3	4	☐ 45

V- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS (suite)	ENCERCLER VOTRE RÉPONSE				NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE:	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent	
46- Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?	1	2	3	4	☐ 46
47- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir ou à rester endormi(e)?	1	2	3	4	☐ 47
48- Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?	1	2	3	4	☐ 48
49- Avez-vous eu de la difficulté à reprendre votre souffle?	1	2	3	4	☐ 49
50- Avez-vous manqué d'appétit?	1	2	3	4	☐ 50
51- Avez-vous dû éviter des endroits, des activités ou des choses parce que cela vous faisait peur?	1	2	3	4	☐ 51
52- Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?	1	2	3	4	☐ 52
53- Avez-vous pensé que vous pourriez mettre fin à vos jours?	1	2	3	4	☐ 53
54- Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?	1	2	3	4	☐ 54
55- Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?	1	2	3	4	☐ 55
56- Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?	1	2	3	4	☐ 56
57- Avez-vous eu des difficultés à prendre des décisions?	1	2	3	4	☐ 57
58- Avez-vous eu des tensions ou des raideurs dans votre cou, votre dos ou d'autres muscles?	1	2	3	4	☐ 58

VI- LE SUICIDE	ENCERCLER VOTRE RÉPONSE			
	Oui	Non		
59- Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?	1	2	➤ Passez à Q.63	☐ 59
60- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?	1	2		☐ 60
61- Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?	1	2	➤ Passez à Q.63	☐ 61
62- Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?	1	2		☐ 62

VII- VOUS ET VOS PARENTS

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

63. Avez-vous déjà eu les problèmes suivants?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Oui	Non	Ne sais pas	
Trouble cardiaque	1	2	8	☐ 63
Hypertension (haute pression)	1	2	8	☐ 64
Congestion cérébrale	1	2	8	☐ 65
Diabète	1	2	8	☐ 66
Cancer	1	2	8	☐ 67
Problèmes de poumons	1	2	8	☐ 68
Problèmes d'articulations (jointures)	1	2	8	☐ 69

Les questions suivantes portent sur les problèmes de santé que vos parents auraient pu avoir.

64. Est-ce que votre père a déjà eu les problèmes de santé suivants:

	Oui	Non	Ne sais pas	
Trouble cardiaque	1	2	8	☐ 70
Hypertension (haute pression)	1	2	8	☐ 71
Congestion cérébrale	1	2	8	☐ 72
Diabète	1	2	8	☐ 73
Cancer	1	2	8	☐ 74
Problèmes mentaux	1	2	8	☐ 75
Problèmes d'articulations (jointures)	1	2	8	☐ 76

65. Est-ce que votre mère a déjà eu les problèmes de santé suivants:

☐☐☐☐☐☐ 4

☐☐☐☐ 11 ☐ 3 12

	Oui	Non	Ne sais pas	
Trouble cardiaque	1	2	8	☐ 13
Hypertension (haute pression)	1	2	8	☐ 14
Congestion cérébrale	1	2	8	☐ 15
Diabète	1	2	8	☐ 16
Cancer	1	2	8	☐ 17
Problèmes mentaux	1	2	8	☐ 18
Problèmes d'articulations (jointures)	1	2	8	☐ 19

VII- VOS HABITUDES

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

66. Le matin mangez-vous au déjeuner?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Chaque jour	1	
De temps en temps	2	
Rarement ou jamais	3	
En fin de semaine seulement	4	☐ 20

67. Est-ce qu'il vous arrive de manger entre les repas?

Chaque jour	1	
De temps en temps	2	
Rarement ou jamais	3	
En fin de semaine seulement	4	☐ 21

68a) Suivez-vous présentement un régime alimentaire spécial?

Oui	1	
Non	2 ➡ Passez à Q.69	☐ 22

b) Si oui, ce régime a-t-il été prescrit par un médecin ou toute autre personne qui fait des traitements ou donne des conseils?

Oui, par un médecin	1	
Non	2	
Oui, par une autre personne	3	☐ 23

Préciser sa profession: _____ ☐☐ 24-25

c) Quel est le principal problème de santé pour lequel vous suivez ce régime?

Écrire ici le problème: _____ ☐☐☐☐ 26-29

69. Quel est votre poids?

____ kg [1] ou ____ livres [2] ☐ 30 ☐☐☐ 31-33

70. Quelle est votre grandeur?

__ m __ cm [1] ou __ pieds __ pouces [2] ☐ 34 ☐☐☐ 35-37

71. Combien aimeriez-vous peser?

____ kg [1] ou ____ livres [2] ☐ 38 ☐☐☐ 39-41

72. Combien de tasses de thé ou de café buvez-vous approximativement par jour?

Nombre de tasses ____ ☐☐ 42-43

73. Combien d'heures par jour, en moyenne, dormez-vous?

Nombre d'heures ____ ☐☐ 44-45

IX- AUDITION - VISION

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Parlons maintenant de votre capacité à entendre et de votre vision.

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Oui	Non	
74a) Portez-vous un appareil auditif?	1	2 ➤ Passez à c)	☐ 46
b) Avez-vous de la difficulté à entendre même avec votre appareil auditif?	1	2	☐ 47
c) Si vous ne portez pas d'appareil auditif, avez-vous de la difficulté à entendre une conversation normale?	1	2	☐ 48

	Oui	Non	
75a) Portez-vous des lunettes ou des verres de contact?	1	2 ➤ Passez à c)	☐ 49
b) Avez-vous de la difficulté à voir même avec vos lunettes (ou verres de contact)?	1	2	☐ 50
c) Avez-vous de la difficulté à lire les caractères ordinaires du journal sans lunettes (ou verres de contact)?	1	2	☐ 51
d) Avez-vous de la difficulté à reconnaître un ami de l'autre côté de la rue sans lunettes (ou verres de contact)?	1	2	☐ 52

X- VOS MOYENS DE TRANSPORT **SI VOUS N'AVEZ PAS VOYAGÉ DANS UN VÉHICULE MOTORISÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, PASSEZ À LA QUESTION 84**	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
Nous voulons maintenant savoir quel genre de véhicule vous utilisez, et si vous utilisez la ceinture de sécurité ou le casque. 76. L'automobile Dites-nous d'abord si vous êtes la plupart du temps **ENCERCLER VOTRE RÉPONSE** conducteur 1 passager 2 autant l'un que l'autre 3 ni l'un ni l'autre 4 ⇒ Passez à Q.79	☐ 53
77. Attachez-vous votre ceinture de sécurité en automobile? Toujours 1 La plupart du temps 2 Rarement 3 Jamais 4 **INSCRIRE LE CHIFFRE DE VOTRE RÉPONSE**	☐ 54
78. Je fais environ ___ km [1] ou ___ milles [2] par année en voiture automobile	☐ 55 ☐☐☐ 56-58
79. **Le camion ou la camionnette** a) Vous arrive-t-il de circuler en camion ou en camionnette? Oui 1 Non 2 ⇒ Passez à Q.81	☐ 59
b) Attachez-vous votre ceinture de sécurité? 1 2 **INSCRIRE LE CHIFFRE DE VOTRE RÉPONSE**	☐ 60
80. Je fais environ ___ km [1] ou ___ milles [2] par année en camion ou en camionnette.	☐ 61 ☐☐☐ 62-64
81. **La motocyclette** a) Vous arrive-t-il de circuler en moto? Oui 1 Non 2 ⇒ Passez à Q.83	☐ 65
b) Portez-vous toujours le casque de sécurité? 1 2 **INSCRIRE LE CHIFFRE DE VOTRE RÉPONSE**	☐ 66
82. Je fais environ ___ km [1] ou ___ milles [2] par année.	☐ 67 ☐☐☐ 68-70
83. **Véhicule tout terrain (3 roues ou 4 roues)** a) Vous arrive-t-il de circuler en véhicule tout terrain? Oui 1 Non 2 ⇒ Passez à Q.84	☐ 71
b) Portez-vous un casque de sécurité? 1 2	☐ 72

XI- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

4 [ ][ ][ ][ ][ ][ ]
1

[ ][ ][ ][ ] [4]
11 12

Les questions qui suivent portent sur les relations avec les gens qui vous entourent et sur la satisfaction face à votre vie

84. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous participé à des rencontres avec votre parenté, vos amis ou des connaissances?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Plus d'une fois par semaine	1
Une fois par semaine	2
Au moins une fois par mois	3
Environ 1 fois par année	4
Jamais	5

☐ 13

85. Diriez-vous que vous avez passé votre temps libre au cours des 2 derniers mois:

Presque entièrement seul(e)	1
Plus de la moitié du temps seul(e)	2
A peu près la moitié seul(e) et la moitié avec d'autres	3
Plus de la moitié du temps avec d'autres	4
Presque entièrement avec d'autres	5

☐ 14

86. Comment trouvez-vous votre vie sociale?

Très satisfaisante	1
Plutôt satisfaisante	2
Plutôt insatisfaisante	3
Vraiment insatisfaisante	4

☐ 15

87a) Avez-vous des amis?

Oui	1
Non	2 ➤ Passez à Q. 88

☐ 16

b) Si OUI, en général êtes-vous satisfait(e) de vos rapports avec vos amis?

Très satisfait(e)	1
Plutôt satisfait(e)	2
Plutôt insatisfait(e)	3
Vraiment insatisfait(e)	4

☐ 17

XI- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL (suite)	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
88a) Avez-vous des enfants à vous? **ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE** Oui 1 Non 2 ➡ Passez à Q. 89	☐ 18
b) Si OUI, comment trouvez-vous les relations que vous avez avec eux? Très satisfaisantes 1 Plutôt satisfaisantes 2 Plutôt insatisfaisantes 3 Vraiment insatisfaisantes 4	☐ 19
89a) Êtes-vous actuellement marié(e) ou vivant en union libre? Oui 1 Non 2 ➡ Passez à Q. 90	☐ 20
b) Si OUI, comment trouvez-vous votre relation de couple? Très satisfaisante 1 Plutôt satisfaisante 2 Plutôt insatisfaisante 3 Vraiment insatisfaisante 4	☐ 21
90. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un à qui vous pouvez vous confier, parler librement de vos problèmes? Oui 1 Non 2	☐ 22
91. Y a-t-il dans votre entourage ou dans votre famille, quelqu'un qui peut vous aider si vous êtes mal pris(e)? Oui 1 Non 2	☐ 23

XII- VOTRE BIEN-ÊTRE

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

92. Maintenant, pouvez-vous nous dire comment vous vous êtes sentie(s) en général au cours des douze (12) derniers mois?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

	Presque jamais	Moins de la moitié du temps	Plus de la moitié du temps	La plupart du temps	
a. Je me suis sentie(s) pleine(s) d'entrain et d'énergie	1	2	3	4	☐ 24
b. Je n'ai pas eu de problème avec ma santé	1	2	3	4	☐ 25
c. Il m'a été facile de maîtriser mes émotions (de ne pas me sentir "pognée(s)" en-dedans)	1	2	3	4	☐ 26
d. La vie a été plutôt ennuyeuse	1	2	3	4	☐ 27
e. Mon moral était plutôt bas	1	2	3	4	☐ 28
f. J'étais tendue(s), sur les nerfs	1	2	3	4	☐ 29
g. Je me suis sentie(s) de bonne humeur et le coeur léger	1	2	3	4	☐ 30
h. Je me suis sentie(s) passablement seule(s)	1	2	3	4	☐ 31
i. J'ai dû faire des efforts pour contrôler mes émotions (pour ne pas me sentir "pognée(s)" en-dedans)	1	2	3	4	☐ 32
j. Il s'est passé des tas de choses intéressantes	1	2	3	4	☐ 33
k. Je me suis fait du souci à propos de ma santé	1	2	3	4	☐ 34
l. Je me suis sentie(s) épuisée(s), usée(s), à bout	1	2	3	4	☐ 35
m. Je me suis sentie(s) suffisamment détendue(s)	1	2	3	4	☐ 36
n. Je me suis sentie(s) aimée(s) et appréciée(s)	1	2	3	4	☐ 37

XIII - LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Quand j'étais enfant, avant l'âge de douze (12) ans,

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

		Oui	Non	
93.	Ma mère est décédée	1	2	☐ 38
94.	Mon père est décédé	1	2	☐ 39
95.	Mes parents se sont séparés ou ont divorcé	1	2	☐ 40
96.	J'ai été placé(e) en foyer nourricier ou en famille d'accueil	1	2	☐ 41

Au cours des douze (12) derniers mois:

97.	J'ai déménagé en dehors de ma ville ou de mon village	Oui 1	Non 2 ➤ Passez à Q.98	☐ 42
	Si oui, cela a été pour moi:	extrêmement stressant	1	
		plutôt stressant	2	
		assez stressant	3	
		pas stressant	4	☐ 43
98.	J'ai pris ma retraite	Oui 1	Non 2 ➤ Passez à Q.99	☐ 44
	Si oui, cela a été pour moi:	extrêmement stressant	1	
		plutôt stressant	2	
		assez stressant	3	
		pas stressant	4	☐ 45
99.	J'ai perdu mon emploi	Oui 1	Non 2 ➤ Passez à Q.100	☐ 46
	Si oui, cela a été pour moi:	extrêmement stressant	1	
		plutôt stressant	2	
		assez stressant	3	
		pas stressant	4	☐ 47
100.	J'ai divorcé ou je me suis séparé(e) de mon conjoint (ma conjointe)	Oui 1	Non 2 ➤ Passez à Q.101	☐ 48
	Si oui, cela a été pour moi:	extrêmement stressant	1	
		plutôt stressant	2	
		assez stressant	3	
		pas stressant	4	☐ 49

XIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Au cours des douze (12) derniers mois:

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

101 *J'ai été gravement malade* — Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.102 — ☐ 50

Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant 1; plutôt stressant 2; assez stressant 3; pas stressant 4 — ☐ 51

102 Quelqu'un dans mon foyer a été gravement malade — Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.103 — ☐ 52

Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant 1; plutôt stressant 2; assez stressant 3; pas stressant 4 — ☐ 53

SI VOUS N'AVEZ JAMAIS ÉTÉ MARIÉ(E) OU N'AVEZ JAMAIS VÉCU EN UNION LIBRE, PASSEZ À Q.104

103 Mon conjoint ou ma conjointe est décédé(e) — Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.104 — ☐ 54

Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant 1; plutôt stressant 2; assez stressant 3; pas stressant 4 — ☐ 55

104 Quelqu'un qui m'est très cher (autre que mon/ma conjoint(e)) est décédé — Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.105 — ☐ 56

Si oui, cela a été pour moi: extrêmement stressant 1; plutôt stressant 2; assez stressant 3; pas stressant 4 — ☐ 57

XIV - LA SANTÉ DES FEMMES LES QUELQUES QUESTIONS QUI SUIVENT NE S'ADRESSENT QU'AUX FEMMES. LES HOMMES DOIVENT PASSER À LA QUESTION 115 (SECTION SUIVANTE)	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
105. Quand avez-vous eu un prélèvement vaginal ('Pap Test') la dernière fois? ENCERCLER VOTRE RÉPONSE Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 1 à 2 ans 2 Il y a plus de 2 ans 3 Jamais 4 Ne sais pas 8	☐ 58
106. Avez-vous déjà eu le cancer du sein? Oui 1 / Non 2	☐ 59
107. Avez-vous déjà eu un kyste, abcès, tumeur bénigne ou autre problème bénin des seins? Oui 1 / Non 2	☐ 60
108. Quand avez-vous eu la dernière fois un examen des seins fait par un médecin ou une infirmière? Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 1 à 2 ans 2 Il y a plus de 2 ans 3 Jamais 4 Ne sais pas 8	☐ 61
109. Examinez-vous vous-même vos seins pour y découvrir des tumeurs ou des kystes (des bosses)? Au moins une fois par mois 1 Une fois tous les 2 ou 3 mois 2 Moins souvent que cela 3 Jamais 4	☐ 62
110. a) Avez-vous déjà eu une mammographie (radiographie des seins)? Oui 1 / Non 2 ➔ Passez à Q.111 b) Si OUI, quand la dernière fois? Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 1 à 2 ans 2 Il y a plus de 2 ans 3 Ne sais pas 8	☐ 63 ☐ 64
111. Prenez-vous une sorte de pilules suivantes? a) Pilules contraceptives (pour régulariser le cycle menstruel, pour éviter une grossesse ou pour une autre raison) Oui 1 / Non 2 b) Hormones pour les femmes (pour le traitement de troubles liés à la ménopause (retour d'âge) ou pour une autre raison) Oui 1 / Non 2	☐ 65 ☐ 66
112. Êtes-vous enceinte actuellement? Oui 1 / Non 2 / Ne sais pas 8	☐ 67
113. a) Avez-vous eu des enfants? Oui 1 / Non 2 ➔ Passez à Q.114 Si OUI b) Avez-vous allaité votre dernier bébé? Oui 1 / Non 2	☐ 68 ☐ 69
114. Traversez-vous présentement votre ménopause? Oui 1 / Non 2 / Ne sais pas 8	☐ 70

XV- L'EXERCICE PHYSIQUE

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

TOUTES VOS ACTIVITÉS PHYSIQUES AU TRAVAIL, À L'ÉCOLE OU À LA MAISON, DE MÊME QUE TOUTES CELLES QUE VOUS FAITES DURANT VOS LOISIRS CONTRIBUENT À VOTRE BONNE FORME PHYSIQUE. NOUS AIMERIONS CONNAÎTRE CES ACTIVITÉS QUE VOUS FAITES.

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

115. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pratiqué l'une ou plusieurs des activités suivantes: cyclisme, natation, jogging/course, ski de fond, tennis, hockey sur glace, cours de conditionnement physique, racquetball, squash?

Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.118 — ☐ 71

Si OUI

116. Combien de temps à chaque fois en moyenne?

Moins de 15 minutes	1
De 15 à 30 minutes	2
D'une demi-heure à une heure	3
Plus d'une heure	4
Ne sais pas	8

☐ 72

117. Diriez-vous que vous en faites habituellement:

Plus d'une fois par semaine	1
1 fois par semaine	2
1 à 2 fois par mois	3
Moins d'une fois par mois	4

☐ 73

118. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pratiqué l'une ou plusieurs des activités suivantes: jardinage, exercices à la maison, danse populaire, ski alpin, marche rapide?

Oui 1 — Non 2 ➡ Passez à Q.121 — ☐ 74

119. Combien de temps à chaque fois en moyenne?

Moins de 15 minutes	1
De 15 à 30 minutes	2
D'une demi-heure à une heure	3
Plus d'une heure	4
Ne sais pas	8

☐ 75

120. Diriez-vous que vous en faites habituellement:

Plus d'une fois par semaine	1
1 fois par semaine	2
1 à 2 fois par mois	3
Moins d'une fois par mois	4

☐ 76

XV- L'EXERCICE PHYSIQUE (suite)	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
ENCERCLER VOTRE RÉPONSE	4 ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ 5
121. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pratiqué l'une ou plusieurs des activités suivantes: patinage sur glace, baseball/balle-molle, quilles, curling, golf? Oui 1 Non 2 ➤ Passez à Q.124	☐ 13
122. Combien de temps à chaque fois en moyenne? Moins de 15 minutes 1 De 15 à 30 minutes 2 D'une demi-heure à une heure 3 Plus d'une heure 4 Ne sais pas 8	☐ 14
123. Diriez-vous que vous en faites habituellement: Plus d'une fois par semaine 1 1 fois par semaine 2 1 à 2 fois par mois 3 Moins d'une fois par mois 4	☐ 15
124. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pratiqué l'une ou plusieurs des activités suivantes: travaux ménagers et bricolage légers: laver la vaisselle, repasser, faire les lits, tondre le gazon, etc.? Oui 1 Non 2 ➤ Passez à Q.127	☐ 16
125. Combien de temps à chaque fois en moyenne? Moins de 15 minutes 1 De 15 à 30 minutes 2 D'une demi-heure à une heure 3 Plus d'une heure 4 Ne sais pas 8	☐ 17
126. Diriez-vous que vous en faites habituellement: Plus d'une fois par semaine 1 1 fois par semaine 2 1 à 2 fois par mois 3 Moins d'une fois par mois 4	☐ 18
127. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous pratiqué l'une ou plusieurs des activités suivantes: travaux ménagers et bricolage plus fatiguants: laver et cirer les planchers, peindre, etc.? Oui 1 Non 2 ➤ Passez à Q.130	☐ 19

XV- L'EXERCICE PHYSIQUE (suite)

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

128. Combien de temps à chaque fois en moyenne?

Moins de 15 minutes	1
De 15 à 30 minutes	2
D'une demi-heure à une heure	3
Plus d'une heure	4
Ne sais pas	8

☐ 20

129. Diriez-vous que vous en faites habituellement

Plus d'une fois par semaine	1
1 fois par semaine	2
1 à 2 fois par mois	3
Moins d'une fois par mois	4

☐ 21

ACTIVITÉS QUOTIDIENNES

130. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites ou l'activité que vous exercez habituellement?

ENCERCLER QU'UNE RÉPONSE SEULEMENT

Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent 1

Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent 2

Je lève ou transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter des escaliers ou des pentes 3

Je travaille dur ou transporte des charges très lourdes 4

☐ 22

131. Tenant compte de toutes vos activités au cours du dernier mois à la maison, au travail et à vos heures de loisirs, avez-vous été

Plus actif(ve) que d'habitude	1
Moins actif(ve) que d'habitude	2
Aussi actif(ve) que d'habitude	3

☐ 23

XVI - LE TRAVAIL

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

RÉPONDEZ SI VOUS OCCUPEZ UN EMPLOI RÉMUNÉRÉ (SALARIÉ OU À VOTRE COMPTE) ACTUELLEMENT. SI NON PASSEZ À LA QUESTION 137

132. Combien d'heures par jours travaillez-vous habituellement?

Nombre d'heures _____ ☐☐ 24-25

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

133. Vos horaires de travail sont-ils habituellement?

Les mêmes tous les jours	1	
Alternants (en rotation sur des quarts ou des "shifts")	2	
Travail sur appel	3	
Autres (préciser) _____	4	☐ 26

134.a) Travaillez-vous la nuit? (entre minuit et 5 heures du matin)

Toujours	1	
Parfois	2	
Jamais	3	➡ Passez à Q.135 ☐ 27

b) Si vous travaillez toujours ou parfois la nuit, combien de nuits par année environ travaillez-vous?

Nombre de nuits _____ ☐☐☐ 28-30

135. Dans votre travail, est-ce que vous répétez continuellement une même série de gestes ou d'opérations?

Oui	1	
Non	2	☐ 31

136. Êtes-vous aidé(e) par votre supérieur ou votre contremaître ou par vos compagnons(compagnes) de travail lorsque vous rencontrez des difficultés dans votre travail?

Toujours	1	
Souvent	2	
Quelquefois	3	
Rarement	4	
Jamais	5	☐ 32

XVII - RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Les quelques questions qui suivent permettront de comparer votre état de santé à celui d'autres personnes au Québec ayant des caractéristiques semblables aux vôtres.

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

137 a) SEXE

Homme 1
Femme 2

☐ 33

b) DATE DE NAISSANCE — Inscrivez le jour, le mois et l'année

EXEMPLE: si vous êtes né(e) le 10 février 1945 inscrivez: 10 02 1945

Jour Mois Année
(si vous ne connaissez pas la date exacte, donnez une date approximative)

☐☐☐☐☐☐ 34-39
JR MS AN

138 a) Êtes-vous PRÉSENTEMENT — ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Marié(e) et vivant avec votre conjoint(e) 1
Vivant en union libre avec un(e) conjoint(e) sans être marié(e) 2
Séparé(e) (légalement ou non) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e) 3
Divorcé(e) et ne vivant pas avec un(e) conjoint(e) 4
Veuf/veuve) et ne vivant pas avec un conjoint 5
Jamais marié(e) mais ayant dans le passé vécu avec un(e) conjoint(e) dans une union libre 6
Jamais marié(e) et n'ayant jamais vécu avec un(e) conjoint(e) 7

☐ 40

b) Depuis combien de temps êtes-vous dans la situation où vous êtes présentement?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE ET INSCRIRE LE NOMBRE DE MOIS OU D'ANNÉE(S)

Depuis ____ année(s) 1
Depuis ____ mois 2
Depuis moins d'un mois 3

☐ 41
☐☐ 42-43

139 Avez-vous eu des enfants?

Oui 1
Non 2 ➡ Passez à Q. 140

☐ 44

Si OUI, combien? Nombre d'enfants ____

☐☐ 45-46

140 Quelle langue utilisez-vous tout le temps ou la plupart du temps?

N'ENCERCLER QU'UNE RÉPONSE SEULEMENT

Français 1
Anglais 2
Autre (Préciser) ____

☐☐ 47-48

XVII- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)	NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION
141 Quelle langue parlez-vous vous-même habituellement à la maison? (Si vous en parlez plus d'une, laquelle parlez-vous le plus souvent?) **N'ENCERCLER QU'UNE RÉPONSE SEULEMENT** Français 1 Anglais 2 Italien 3 Allemand 4 Grec 5 Chinois 6 Polonais 7 Autre (préciser) _____	☐☐ 49-50
142. Quelle a été la principale religion de votre enfance? Aucune 1 Catholique romaine 2 Église Unie 3 Anglicane 4 Grecque orthodoxe 5 Juive 6 Autre (préciser) _____	☐☐ 51-52
143. Au cours de l'année passée, avez-vous fréquenté une église ou un lieu de culte? Plus d'une fois par semaine 1 Une fois par semaine 2 Plus d'une fois par mois 3 Plus d'une fois par an 4 Ne fréquente jamais 5	☐ 53
144. Dites-nous le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété **N'ENCERCLER QU'UNE RÉPONSE SEULEMENT** Aucune scolarité ou uniquement l'école maternelle 0 Une année 1 Deux années 2 Trois années 3 Quatre années 4 Cinq années 5 Six années 6 Sept années 7 Huit années ou secondaire I 8 Neuf années ou secondaire II 9 Dix années ou secondaire III 10 Onze années ou secondaire IV 11 Douze années ou secondaire V 12 Études partielles dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale 13 Diplôme ou certificat d'études d'une école de métiers, ou d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'un CEGEP, d'une école de sciences infirmières, d'une école normale 14 Études partielles à l'université 15 Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis 16	☐☐ 54-55

XVII- RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES (suite)

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE SECTION

Bien que les dépenses liées à la santé soient couvertes en partie par l'assurance-maladie, il continue d'exister un lien entre l'état de santé et le revenu. Nous apprécierions que vous répondiez à la question suivante pour nous permettre d'étudier cette relation. Soyez assuré(e) que cela restera CONFIDENTIEL tout comme les autres informations que vous avez fournies précédemment.

145. Quel était approximativement votre revenu personnel total L'AN DERNIER avant déduction d'impôt?

ENCERCLER VOTRE RÉPONSE

Aucun revenu personnel	0
0 $ - 999 $	1
1 000 $ - 5 999 $	2
6 000 $ - 11 999 $	3
12 000 $ - 19 999 $	4
20 000 $ - 29 999 $	5
30 000 $ - 39 999 $	6
40 000 $ - 49 999 $	7
50 000 $ et plus	8

☐☐ 56-57

MERCI D'AVOIR COLLABORÉ À CETTE PARTIE DE L'ÉTUDE DE SANTÉ QUÉBEC.

Si vous avez des commentaires ou des suggestions concernant ce questionnaire, veuillez les indiquer ci-dessous.

COMMENTAIRES

MERCI BEAUCOUP

Nous vous remercions encore une fois d'avoir bien voulu répondre à ce questionnaire et nous vous rappelons que toute l'information qui y est incluse demeurera **anonyme et confidentielle.**

Par ailleurs, Santé Québec aimerait pouvoir rejoindre un certain nombre de personnes volontaires en 1988 pour faire un suivi à l'étude sur l'état de santé des Québécois.

Si vous acceptez de participer à une telle étude l'année prochaine,

1) remplissez la section ci-dessous:

No de téléphone _____

Nom et numéro de téléphone d'une autre personne par qui on pourrait vous rejoindre si vous déménagez _____

_____

Je me porte volontaire pour un suivi à cette étude l'année prochaine

_____
signature

2) Détachez cette page et la mettre dans l'enveloppe marquée "Lettre de consentement"

3) Cachetez l'enveloppe et la remettre avec votre questionnaire.

Et la santé, ça va?

Oui! et très bien même! En effet, au cours des dix dernières années les Québécois vivent plus longtemps et plus en forme. Nous tendons également à devenir des buveurs plus modérés et ne comptons que 33% d'irréductibles fumeurs.

Voilà quelques-unes des conclusions-chocs qui ressortent d'une enquête d'envergure menée par Santé Québec au cours de l'année 1987 auprès de 13 700 foyers.

La rédaction du rapport de cette enquête, divisé en deux tomes, a demandé la participation d'une soixantaine de chercheurs.

***Le tome 1** contient l'analyse des données fournies par l'enquête. Elles portent notamment sur:*

- *les éléments qui affectent la santé, tels le tabac et les drogues;*
- *les problèmes de santé, dont l'emphysème, le rhume des foins et la dépression;*
- *leurs conséquences, telles que la consommation de médicaments et le recours aux services de santé.*

***Le tome 2** contient exclusivement des graphiques et des tableaux détaillés. Cette annexe statistique représente un apport important à l'analyse présentée au tome 1.*

Gouvernement du Québec
Ministère de la Santé et des Services sociaux

9 782551 082933

Imprimé au Québec, Canada